

Reif, Simon; Schubert, Sabrina; Köhler, Jan

Research Report

Behandlungsgespräche in der Arztpraxis: Ein europäischer Vergleich für die Strube Stiftung gGmbH

ZEW-Gutachten und Forschungsberichte

Provided in Cooperation with:

ZEW - Leibniz Centre for European Economic Research

Suggested Citation: Reif, Simon; Schubert, Sabrina; Köhler, Jan (2023) :
Behandlungsgespräche in der Arztpraxis: Ein europäischer Vergleich für die Strube Stiftung gGmbH, ZEW-Gutachten und Forschungsberichte, ZEW - Leibniz-Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung, Mannheim

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/280788>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Behandlungsgespräche in der Arztpraxis – Ein Europäischer Vergleich

für die Strube Stiftung gGmbH

Mannheim, 18. Oktober 2023

Projektteam:

Prof. Dr. **Simon Reif**

Sabrina Schubert, M.Sc.

Jan Köhler, M.Sc.

Unter der Mitarbeit von

Paul Setzepfand (B.Sc.)

Nico Kaspertz (M.Sc.)

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	ii
Tabellenverzeichnis	iii
Abkürzungsverzeichnis	iv
Das Wichtigste in Kürze	1
1 Motivation und Zielsetzung	4
2 Literaturrecherche	5
2.1 Arzt- und Praxis-Charakteristika	8
2.2 Patienten-Charakteristika	9
2.3 Health Care Use	11
2.4 Shared Decision Making	13
2.5 Patientenzufriedenheit	14
2.6 Vergütung	15
2.7 Auswirkungen auf die Gesundheit	16
2.8 Zusammenfassung der Literatur	17
3 Deskriptive Analyse der Kontaktzeiten und Vergütungssysteme in Europa	19
3.1 Deskriptive Analyse der Kontaktzeiten	19
3.2 Vergütungssysteme im ambulanten Bereich für ausgewählte Länder	23
3.3 Klassifikation der Vergütungssysteme	25
3.4 Kontaktzeiten und Vergütungssysteme	30
3.5 Kontaktzeiten und Merkmale der Gesundheitssysteme	34
4 Substitution Kontaktzeit und Kontakthäufigkeit	40
5 Qualitative Interviews mit Ärztinnen und Ärzten	48
5.1 Ergebnisse	49
5.2 Ergebnisse im Kontext der wissenschaftlichen Literatur	52
5.3 Ergebnisse im Kontext verschiedener Vergütungsstrukturen	53
6 Diskussion	55
7 Fazit	59
8 Literaturverzeichnis	60

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematischer Ablauf der systematischen Literaturrecherche.....	5
Abbildung 2: Repräsentanz einzelner Themen in der Literatur zur ärztlichen Kontaktzeit	7
Abbildung 3: Anteil der Allgemeinmediziner nach der Durchschnittszeit bei einem Routinebesuch im Jahr 2015.	21
Abbildung 4: Anteil der Allgemeinmediziner nach der Durchschnittszeit bei einem Routinebesuch im Jahr 2019.	22
Abbildung 5: Durchschnittliche Kontaktzeit bei einem Routinebesuch bei Allgemeinmedizinern.	23
Abbildung 6: Dominierende Vergütungsformen für Hausärztinnen und -ärzte nach Ländern.....	27
Abbildung 7: Durchschnittliche Kontaktzeit und Gesundheitsausgaben pro Kopf im Jahr 2020.	35
Abbildung 8: Durchschnittliche Kontaktzeit und Ärztedichte im Jahr 2020.	37
Abbildung 9: Durchschnittliche Kontaktzeit und Anzahl der jährlichen Krankenhausaufenthalte im Jahr 2019.	38
Abbildung 10: Durchschnittliche und Anzahl der Arztbesuche pro Jahr, 2020.....	41
Abbildung 11: Kontakthäufigkeit und Kontaktzeit 2015 und 2019	42

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Dominierende Vergütungsformen für Hausärztinnen und -ärzte nach Ländern.	29
Tabelle 2: Durchschnittliche Kontaktzeit nach Vergütungssystem. Anmerkungen: FFS = Einzelleistungsvergütung (Fee-For-Service).	30
Tabelle 3: Durchschnittliche Kontaktzeit und Gesundheitsausgaben pro Kopf im Jahr 2020.	34
Tabelle 4: Durchschnittliche Kontaktzeit und Ärztedichte im Jahr 2020.	36
Tabelle 5: Durchschnittliche Kontaktzeit und Anzahl der jährlichen Krankenhausaufenthalte im Jahr 2019.	38
Tabelle 6: Durchschnittliche Kontaktzeit und Anzahl der jährlichen Arztbesuche im Jahr 2020.	40
Tabelle 7: Durchschnittliche Kontaktzeit und Anzahl der jährlichen Arztbesuche im Jahr 2020.	44
Tabelle 8: OLS-Schätzergebnisse des Effekts der Anzahl der jährlichen Arztbesuche pro Kopf im Jahr 2020 auf die Kontaktzeit.	46
Anhang Tabelle 1: Kreuztabellen für den Anteil der Arztbesuche in Minutenkategorien	71

Abkürzungsverzeichnis

FFS	Fee for Service
P4P	Pay for Performance

Länderabkürzungen

AUS	Australien
AUT	Österreich
BEL	Belgien
CAN	Kanada
CHE	Schweiz
CRO	Kroatien
DEU	Deutschland
ESP	Spanien
EST	Estland
FIN	Finnland
FRA	Frankreich
NLD	Niederlande
NOR	Norwegen
POL	Polen
PRT	Portugal
ROU	Rumänien
SVN	Slowenien
SWE	Schweden
UK	Vereinigtes Königreich
USA	Vereinigte Staaten von Amerika

Gender-Hinweis

Die in diesem Bericht verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich immer gleichermaßen auf weibliche und männliche Personen. Auf eine Doppelnennung wird an manchen Stellen verzichtet, um die Lesbarkeit zu erleichtern.

Das Wichtigste in Kürze

Der Austausch zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Patientinnen bzw. Patienten ist der Schlüsselfaktor für gute Versorgung, insbesondere im hausärztlichen Sektor. Um eine vollumfängliche Anamnese mit treffsicheren Diagnosen zu stellen und gemeinsame Behandlungsentscheidungen zu treffen, muss ausreichend Zeit für die vertrauensvolle Interaktion vorhanden sein. Was *ausreichend* bedeutet ist jedoch sowohl in der gesundheitspolitischen als auch in der wissenschaftlichen Diskussion eine offene Frage. Vergleicht man die aktuelle Versorgungssituation in europäischen Ländern, so lässt sich eine hohe Varianz in den Kontaktzeiten zwischen Ärztinnen und Ärzten und ihren Patientinnen und Patienten beobachten. Dieser Bericht soll einen Überblick über die aktuelle Forschungslandschaft geben, die Situation in europäischen Ländern deskriptiv darstellen und Potenziale sowohl für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung als auch für zukünftige Forschungsarbeiten aufzeigen.

Die wichtigsten Ergebnisse basierend auf dem aktuellen Forschungsstand in der Literatur sind wie folgt:

- Von den 3525 in Fachzeitschriften veröffentlichten wissenschaftlichen Arbeiten die die Thematik der Kontaktzeiten thematisieren können 170 als relevant in Bezug auf Determinanten und Folgen von ärztlichen Kontaktzeiten im ambulanten Sektor identifiziert werden.
- Diese Studien lassen sich thematisch in sieben Clustern kategorisieren: Arzt- und Praxischarakteristika, Patientencharakteristika, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Patientenzufriedenheit, Shared Decision Making, Health Outcomes, sowie Vergütung.
- Die Literatur ist sehr heterogen und fragmentiert: Zwar wurde eine Vielzahl an Determinanten untersucht, jedoch sind die Richtung und Stärke der Zusammenhänge sehr kontextspezifisch und nicht eindeutig.
- Die Literatur beinhaltet sehr wenige kausale Studien, die eine klare Ursache-Wirkung-Beziehung identifizieren könnten. Der überwiegende Teil der veröffentlichten Literatur sind Assoziationsstudien, die lediglich die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Determinanten und ärztlicher Kontaktzeit aufzeigen, ohne die Richtung oder Ursache der Beziehung sicherzustellen. Zudem sind die betrachteten Stichprobengrößen in den Studien meist relativ klein.

In einer anschließenden Datenanalyse werden die Kontaktzeiten in der ärztlichen Versorgung in europäischen Ländern und deren Zusammenhang mit verschiedenen Faktoren deskriptiv gezeigt. Die Hauptergebnisse dieser Analyse sind wie folgt:

Variation der Kontaktzeiten nach Ländern:

- Es gibt erhebliche Unterschiede in den durchschnittlichen Kontaktzeiten zwischen europäischen Ländern.
- Länder in Osteuropa wie Deutschland, die Niederlande und das Vereinigte Königreich verzeichnen durchschnittliche Kontaktzeiten von weniger als 15 Minuten, wobei die Mehrheit der Konsultationen diese Marke nicht überschreitet.
- Hingegen haben Länder wie Frankreich, Belgien und die Schweiz überwiegend längere Konsultationen. Die nordischen Länder, insbesondere Schweden, weisen im Durchschnitt längere Konsultationen von über 25 Minuten pro Patientin bzw. Patient auf.

Einfluss der Vergütungsform:

- Die Art der Vergütung (Fee-for-Service, Kopfpauschale oder Mischsystem) kann mit der Länge der Kontaktzeiten in Verbindung gebracht werden.
- Länder, die ein Fee-for-Service-System verwenden, weisen durchschnittliche Kontaktzeiten von etwa 14 Minuten auf.
- In Ländern ohne Fee-for-Service (Kopfpauschale und ggf. Festgehalt) beträgt die durchschnittliche Kontaktzeit etwa 12 Minuten.
- Länder mit einem Mischsystem liegen im Durchschnitt bei 12 Minuten und 40 Sekunden.

Substitution zwischen Kontaktzeit und Kontakthäufigkeit:

- Es zeigt sich eine starke negative Korrelation zwischen der Kontaktzeit und der Anzahl der jährlichen Arztbesuche. Längere Kontaktzeiten treten oft mit weniger häufigen Arztbesuchen auf.
- Eine um 4 Minuten längere durchschnittliche Kontaktzeit pro Besuch geht im Durchschnitt mit einem jährlichen Hausarztbesuch weniger einher.

Im Rahmen des Projekts wurden ergänzend Interviews mit Hausärztinnen und Hausärzten geführt, um Erfahrungen aus der Praxis einzubeziehen und die Erkenntnisse aus der Literaturübersicht sowie der quantitativen Analyse zu prüfen. Die Ergebnisse der Interviews sind wie folgt:

- In 10 Interviews mit Ärztinnen und Ärzten aus Österreich, Estland, Frankreich, Italien, Spanien und Deutschland wurde die durchschnittliche Kontaktzeit mit Patientinnen und Patienten durchweg als ausreichend eingeschätzt.
- Faktoren, die mehr ärztliche Kontaktzeit benötigen, sind beispielsweise komplexe Krankheitsbilder, psychische Erkrankungen, erhöhter Bedarf an „sozialer Interaktion“ oder Sprachbarrieren.
- Die Befragten wurden nur eingeschränkt extra für zusätzliche ärztliche Kontaktzeit vergütet bzw. sehen eine solche Vergütung nicht zwingend als vorteilhaft oder sogar nicht notwendig an.

Es lässt sich zusammenfassen, dass in der wissenschaftlichen Literatur aktuell kein Konsens zu Determinanten und Auswirkungen von Kontaktzeiten besteht. Der deskriptive Vergleich europäischer Länder zeigt klar auf, dass kürzere Kontaktzeiten mit häufigeren Arztbesuchen substituiert werden und dass Fee-for-Service Vergütungssysteme zu höheren Kontaktzeiten gegenüber kopfpauschaldominierten Systemen führen. Gleichzeitig kann auch die deskriptive Auswertung die Unterschiede zwischen den europäischen Kontaktzeiten nicht vollständig erklären. **Die Daten zeigen, dass Deutschland durch sehr kurze Kontaktzeiten bei besonders vielen Arztkontakten auffällt. Für die gesundheitspolitische Diskussion über die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung muss geklärt werden, ob diese Form der Leistungserbringung gesellschaftlich gewünscht und wirtschaftlich nachhaltig ist.** Der Forschungsbedarf zu Ursachen und Wirkungen von Kontaktzeit in der Arztpraxis ist auf jeden Fall hoch, wobei vor allem das bessere Erfassen von Daten unerlässlich scheint um mithilfe kausaler Studien zu einem besseren Erkenntnisstand zu gelangen.

1 Motivation und Zielsetzung

Der Austausch zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Patientinnen bzw. Patienten ist der Schlüsselfaktor für gute Versorgung im ambulanten Sektor. Die Interaktion spielt eine zentrale Rolle bei der Anamnese, der Erstellung präziser Diagnosen, dem Vertrauensaufbau und der gemeinsamen Behandlungsentscheidung. Auch an partizipativen Behandlungsansätzen wie dem Shared Decision Making, die in den vergangenen Jahren an Aufmerksamkeit gewonnen haben, lässt sich die wichtige Rolle der Interaktion zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient ablesen. Nachdem ärztliche Ressourcen begrenzt sind und der marginale Nutzen mit zusätzlicher Zeit auch abnehmen kann, stellt sich die Frage nach einer angemessenen Zeitspanne ärztlicher Kontaktzeit.

In europäischen Ländern gibt es erhebliche Unterschiede in der Zeitspanne, die Ärztinnen und Ärzte ihren Patientinnen und Patienten widmen können. Diese Variabilität in der Kontaktzeit wirft die Fragen auf, welche Faktoren diese Länge beeinflussen und was Folgen von unterschiedlichen Kontaktzeiten sind. Dieser Bericht widmet sich Determinanten und Auswirkungen der ärztlichen Kontaktzeit im Kontext verschiedener Vergütungssysteme in Europa.

Der Bericht nutzt dazu unterschiedliche wissenschaftliche Methoden um einen möglichst breiten Überblick zu bieten.

- Eine systematische Literaturrecherche spiegelt den aktuellen Forschungsstand zur ärztlichen Kontaktzeit und gliedert diesen in verschiedene Themencluster.
- Eine deskriptive Datenanalyse zeigt Zusammenhänge zwischen Kontaktzeiten und Vergütungsstrukturen und weiteren Indikatoren des Gesundheitssystems.
- Qualitative Interviews mit Ärztinnen und Ärzten diskutieren die vorherigen Ergebnisse auf ihren praktischen Bezug und ermöglichen einen zusätzlichen Einblick in Determinanten und Folgen von Kontaktzeit.

Als Basis werden europäische Länder hinsichtlich ihrer ambulanten Vergütungsstruktur kategorisiert und Vergütungsstrukturen vorgestellt. Unser Ziel ist es, einen umfassenden Überblick über die gegenwärtige Forschungslage zu geben, potenzielle Forschungslücken zu identifizieren und zukünftige Forschungspotentiale aufzuzeigen.

2 Literaturrecherche

Der folgende Literaturüberblick betrachtet relevante Studien zum Einfluss verschiedener Faktoren auf die ärztliche Besuchsdauer beziehungsweise die Folgen von kürzeren oder längeren Kontaktzeiten. Der Literaturüberblick dient dazu, den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung und die vorhandenen Erkenntnisse zu den Einflussfaktoren der ambulanten Konsultationsdauer zusammenzufassen. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen als Referenzpunkt für unsere quantitativen Analysen sowie zur Identifikation möglicher Forschungslücken.

Um dieses Ziel zu erreichen, wird die Strategie der Literaturrecherche auf Basis folgender Fragestellung definiert: "Was sind Determinanten der Arztbesuchsdauer, insbesondere im Hinblick auf Vergütungssysteme?" Diese Frage dient als Leitfaden für die gesamte Literaturrecherche.

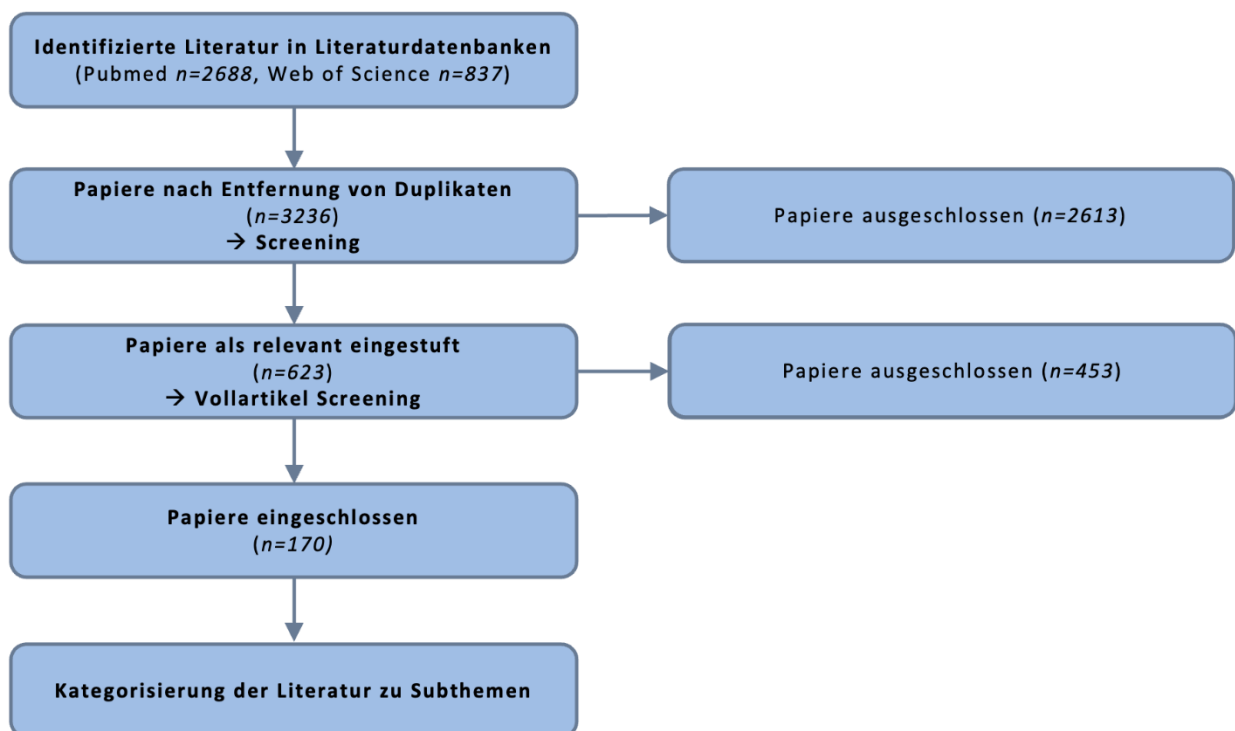


Abbildung 1: Schematischer Ablauf der systematischen Literaturrecherche

Die Literaturrecherche startet mit einer automatisierten Durchsicht der Literatur zweier Datenbanken. Als Datenbanken für die initiale Suche dient zum einen „PubMed“, eine Meta-Datenbank der National Library of Medicine der Vereinigten Staaten. Zum anderen die Datenbank „Web of Science“ von Clarivate Analytics, eine private Firma aus den Vereinigten Staaten. Als Ausgangspunkt für die automatisierte Durchsicht der Datenbanken dienen Suchbegriffe mit Bezug zur Dauer einer Sprechstunde oder eines Arztbesuchs sowie diverse Variationen, beispielsweise "consultation length", "consultation time", "visit length" oder „appointment time“.

Um die Relevanz der Treffer in den Datenbanken zu erhöhen, wurden folgende Ein- und Ausschlusskriterien für die wissenschaftlichen Veröffentlichungen angewandt: Der Zeitraum für eingeschlossene Publikationen erstreckt sich vom 1. Januar 2008 bis 25. Januar 2023. Thematisch werden ausschließlich Papiere berücksichtigt, die sich auf den ambulanten Sektor in der hausärztlichen Versorgung in OECD-Ländern beziehen.

Nach der Recherche mittels der ausgewählten Stichworte werden alle Treffer erfasst und Duplikate in beiden Datenbanken aussortiert. Danach werden alle Treffer anhand der zuvor definierten zeitlichen und thematischen Einschlusskriterien überprüft, um sicherzustellen, dass nur für die Fragestellung relevante Publikationen berücksichtigt werden. In der Datenbank PubMed werden 280 Publikationen als relevant eingestuft, bei Web of Science sind es 343. Nach einem Screening der einzelnen Artikel schließen wir 170 Publikationen aus den beiden Datenbanken in die weitere Analyse ein.

Nach der erstmaligen Durchsicht der relevanten Veröffentlichungen konnten sieben verschiedene thematische Clustern zum Themenfeld Arztbesuchsdauer identifiziert werden. Die Veröffentlichungen wurden händisch, in einer erneuten Durchschau, den einzelnen Clustern thematisch zugeordnet.

Den größten Bereich nach der Anzahl der Treffer relevanter wissenschaftlicher Veröffentlichungen machen Ärzte- und Praxis-Charakteristika aus. Dies sind beispielsweise das Alter der Ärztinnen und Ärzte, ihre Arbeitserfahrung oder der Digitalisierungsgrad der Arztpraxen.

Ein zweites Cluster enthält die Literatur zum Einfluss von Patientencharakteristika auf die Arztbesuchsdauer. Weitere Cluster sind drittens die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (beispielsweise von Medikamenten oder Selbsteinweisungen in die Notaufnahme) im Zusammenhang mit der Arztbesuchsdauer, viertens die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und fünftens das sogenannte „Shared Decision Making“ (also die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Ärztin und Patientin). Das sechste Cluster bilden Health

Outcomes, also gesundheitliche Ergebnisse beziehungsweise Folgen, sowie siebtens alle Veröffentlichungen rund um die ärztliche Vergütung und Arztbesuchsdauer.

Abbildung 2 gibt Auskunft über die absolute Anzahl der relevanten Veröffentlichungen innerhalb der sieben Cluster. Die Größe der Cluster gibt einen Eindruck darüber, wie prominent einzelne Cluster in der gesamten Literatur zur ärztlichen Kontaktzeit vertreten sind.

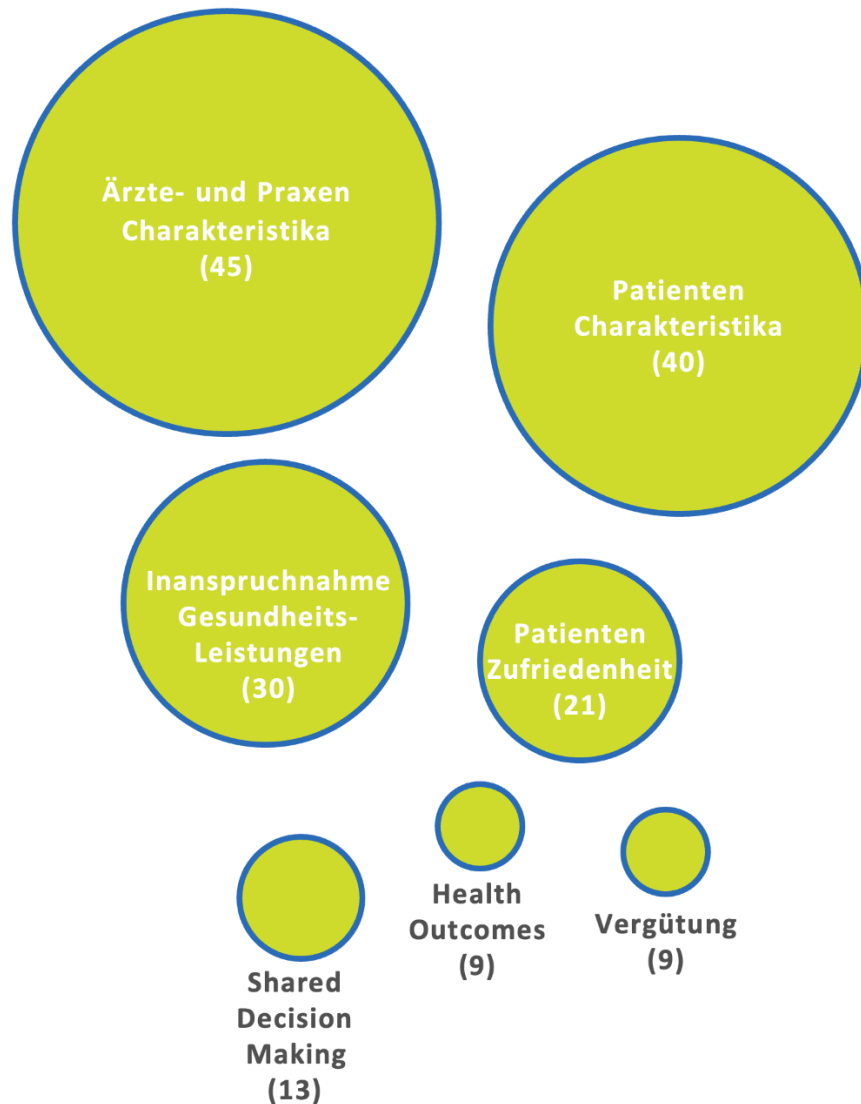


Abbildung 2: Repräsentanz einzelner Themen in der Literatur zur ärztlichen Kontaktzeit

Im Folgenden werden die identifizierten Studien zum Einfluss verschiedener Faktoren auf die ärztliche Besuchsdauer beziehungsweise die Folgen von kürzeren oder längeren Kontaktzeiten, thematisch innerhalb der einzelnen Cluster genauer beleuchtet.

2.1 Arzt- und Praxis-Charakteristika

Das umfangreichste Cluster in der Literatur betrifft den Einfluss der Arzt- und Praxischarakteristika auf die ärztlichen Kontaktzeiten mit Patienten. Eine Determinante innerhalb dieses Clusters ist das Alter der Ärzte, wobei potenzielle Effekte auf die ärztliche Kontaktzeit nicht eindeutig in eine Richtung weisen. Kabeya et al. (2017) stellen fest, dass die Konsultationsdauer mit dem Alter des behandelnden Arztes bzw. Ärztin zunimmt, während Sandvik (2019) zu einem genau gegenteiligen Effekt kommt.

Ein weiterer Teil der Literatur findet Auswirkungen der Arbeitsbelastung eines Arztes oder einer Ärztin auf die Zeit, die er mit der Beratung seiner Patienten verbringt (Rzadkiewicz et al., 2022; van den Berg et al., 2009). Weitere Studien deuten darauf hin, dass es einen Zusammenhang zwischen der Arbeitserfahrung einer Ärztin oder Arztes und der Dauer der Konsultationen gibt. So wurde beobachtet, dass erfahrenere Ärztinnen und Ärzte seltener lange Konsultationen durchführen (Sandvik, 2019) und unter weniger Zeitstress stehen (von dem Knesebeck et al., 2019). Auch Orton & Pereira Gray (2016) finden den Zusammenhang zwischen mehr Erfahrung und kürzeren Konsultationen, allerdings nur für Ärzte nicht aber für Ärztinnen. Weitere Studien, die insbesondere angehende Ärzte untersuchten, finden ebenfalls sinkende Konsultationszeiten bei zunehmender Erfahrung (Kagedan et al., 2021; Stevens et al., 2017; Swanson et al., 2022).

Bezüglich des Geschlechts des Behandelnden stellen die meisten Studien fest, dass Ärztinnen mehr Zeit für ihren Patienten aufbringen als ihre männlichen Kollegen (Ganguli et al., 2020; Jefferson et al., 2013; Kabeya et al., 2017; Martinez & Rothberg, 2022). Lediglich Lurquin et al. (2021) finden keine statistisch signifikante geschlechtsspezifische Heterogenität in der Beratungsdauer.

Im Hinblick auf Praxischarakteristika, zeigt die Literatur, dass die Unterstützung einer medizinischen Schreibkraft die Kontaktzeit verringert (Gao et al., 2020). Digitale Unterstützung durch den Einsatz von Informationstechnologie ist für die Allgemeinmedizin in der Literatur ausführlich untersucht worden. Insgesamt zeigen die Ergebnisse dieser Studien keine eindeutigen Auswirkungen der Computernutzung auf die Dauer der Konsultation. Die meisten Studien deuten darauf hin, dass ein großer Teil der Konsultationszeit am Computer verbraucht wird (Chan et al., 2008; Sobral et al., 2015) und möglicherweise die persönliche Zeit

mit den Patienten reduziert (Young et al., 2018). Lafata et al. (2016) stellen außerdem fest, dass die Verwendung elektronischer Gesundheitsakten die Dauer der Konsultation signifikant erhöht. Nishida & Ogawa (2022) zeigen zusätzlich, dass die Kontaktzeit durch die Nutzung von Tablets länger ist als die mit der Vergleichsgruppe, welche papier-basiert arbeitete. Die Ergebnisse stehen im Gegensatz zu anderen Studien, die keine Auswirkungen des Einsatzes von Computern oder elektronischen Patientenakten auf die Dauer der Konsultation feststellen (Hayward et al., 2015; Jabour, 2020; Joukes et al., 2018; Takura & Itoh, 2019).

Pierce & Gunn (2011) zeigen, dass Kommunikationstrainings der Ärzteschaft nicht zwingend die Konsultationsdauer verändert, jedoch die Zufriedenheit der Patienten verbessern kann. Im Rahmen der Kommunikation zwischen Ärztin oder Arzt und Patienten untersuchen Leydon et al. (2018) spezifisch die Nutzung verschiedener lexikaler Formulierungen der Ärztinnen und Ärzte und deren Einfluss auf die Kontaktzeit, finden jedoch keinen Zusammenhang.

Die Auswirkungen räumlicher Heterogenität wird von Lurquin et al. (2021) und Valverde Bolívar et al. (2018) betrachtet. Beide Studien zeigen längere Konsultationen in urbanen Gebieten. Lurquin et al. (2021) zeigt diesbezüglich mit Daten aus Frankreich, dass die ärztliche Kontaktzeit im ländlichen Raum zwar im Schnitt kürzer ist, aber mit einer höheren Frequenz an Arztbesuchen einhergeht. Eine von Litschgi et al. (2011) in der Schweiz durchgeführte Fallstudie liefert Belege für nationale Unterschiede in der ärztlichen Kontaktzeit: Im europäischen Vergleich, so die Autoren, ist das Schweizer Gesundheitssystem geprägt von überdurchschnittlich langen Kontaktzeiten.

Weitere in der Literatur untersuchte Determinanten im Bereich Arzt- und Patientencharakteristika sind der Einsatz von medizinischen Schreibkräften (Hasan et al., 2018), welche die Kontaktzeit verkürzten. Die Nutzung von Dolmetschern (Bigot et al., 2020) verlängert tendenziell die Kontaktzeit. Keinen Zusammenhang finden Cruz et al. (2013) zwischen der Wahrnehmung von Terminen der Patientinnen und Patienten bei Ärztin und Arzt und Dauer des Besuchs.

2.2 Patienten-Charakteristika

Die Merkmale der Patienten gehören mit zu den am häufigsten untersuchten Determinanten der Konsultationsdauer. Dabei wird insbesondere untersucht, wie sich bestimmte Merkmale darauf auswirken, wie viel Zeit die Ärztinnen und Ärzte für ihre Patienten aufwenden.

In Bezug auf das Geschlecht des Patienten stellen die meisten Studien fest, dass Frauen tendenziell längere Konsultationen haben als Männer (Darlison Shepherd et al., 2019; Orton &

Pereira Gray, 2016; Petek Šter et al., 2008; Stevens et al., 2017). Nur Wooldridge et al. (2010) finden konträre Ergebnisse. Ein weiteres oft untersuchtes Merkmal ist das Alter der Patienten. Studien zeigen, dass Konsultationen umso länger dauern, je älter der Patient ist (Ananthakrishnan et al., 2010; Petek Šter et al., 2008; Rzakiewicz et al., 2022; Stevens et al., 2017; Wooldridge et al., 2010). Sobald jedoch ältere Patienten beim Arztbesuch begleitet werden, weisen die Studien nicht mehr auf einen eindeutigen Effekt hin: Während Wolff & Roter (2012) feststellen, dass begleitete ältere Patientinnen und Patienten kürzere Konsultationen haben, finden López García-Ramos et al. (2009) keinen Effekt der Anwesenheit einer Begleitperson während der Konsultation. Wolff et al. (2015) beobachten sogar eine Verlängerung der Zeit, wenn ältere Patientinnen und Patienten begleitet werden.

Auch der sozioökonomische Status des Patienten, der häufig über das Bildungsniveau als Proxy betrachtet wird, hat einen Einfluss. Eine Vielzahl von Studien zeigt, dass Patienten mit höherem sozioökonomischem Status im Durchschnitt längere Konsultationen haben (Brekke et al., 2018; Darlison Shepherd et al., 2019; Petek Šter et al., 2008; Rzakiewicz et al., 2022). Videau et al. (2010) zeigen ergänzend dazu, dass Patienten mit niedrigem sozioökonomischem Hintergrund dazu neigen, häufiger in Praxen zu gehen, die eine niedrige durchschnittliche ärztliche Kontaktzeit haben. Meijers et al. (2020) stellen fest, dass Menschen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status während der Konsultation mehr Fragen stellen, bringen diese Beobachtung jedoch nicht weiter mit potenzieller Heterogenität bei der Besuchsdauer in Verbindung.

Ein weiteres Teilgebiet der Literatur befasst sich mit der Heterogenität aufgrund des ethnischen Hintergrunds der Patienten, insbesondere im US-amerikanischen Gesundheitswesen. Während Appiah et al. (2022) keinen signifikanten Unterschied in der Dauer von Arztbesuchen zwischen weißen und nicht-weißen Patienten feststellen, finden sowohl Cené et al. (2009) als auch Olfson et al. (2009) signifikante Unterschiede in der Dauer von Arztbesuchen zwischen weißen und nicht-weißen Patientinnen und Patienten, wobei insbesondere bei schwarzen und hispanischen Personen kürzere Kontaktzeiten festgestellt wurden. Gaffney et al. (2023) stellen außerdem fest, dass sich diese Diskrepanzen im Laufe der letzten zehn Jahre vergrößert haben, jedoch beleuchtet ihre Studie vor allem die spezialisierte Versorgung. In einer Studie von Bigot et al. (2020) wird zusätzlich betont, wie wichtig es ist, dass ausreichend Zeit für Konsultationen zur Verfügung steht, wenn Patienten Dolmetscherdienste benötigen. Es wurde auch festgestellt, dass spanischsprachige Eltern im Vergleich zu englischsprachigen Eltern weniger Zeit für persönliche Gespräche mit Ärzten bei der Vor-sorgeuntersuchung aufwenden (Liljenquist et al., 2023).

In der Literatur besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass Konsultationen mit zunehmender Komplexität der Erkrankung des Patienten länger werden. So wurde in mehreren Studien festgestellt, dass die Dauer der Konsultation mit der Anzahl der während der Konsultation angesprochenen Punkte oder Themen (Abbo et al., 2008; Salisbury et al., 2021; Say et al., 2021) und der Zahl der Erkrankungen zunimmt (Gopfert et al., 2021; Migongo et al., 2012; Petek Šter et al., 2008; Swanson et al., 2022). Patienten mit chronischer Erkrankung (Moth et al., 2012) und Multimorbidität (Mercer et al., 2018; Prazeres & Santiago, 2016; Tadeu et al., 2020) haben im Durchschnitt ebenfalls längere ärztliche Kontaktzeiten als Patienten ohne diese Erkrankungen. Adipöse Patienten (Kabeya et al., 2017; Pearson et al., 2009; Tsai et al., 2011) haben ebenfalls längere Konsultationen, Patienten mit psychischen Erkrankungen hingegen nicht (Klement et al., 2015). Bei Patienten mit geistigen Behinderungen sind die Ergebnisse hingegen gemischt (Tyrer et al., 2022; Weise et al., 2017).

Wenn Patientinnen und Patienten erstmals bei einem neuem Arzt oder Ärztin sind, geht dies mit längeren Konsultationen einher, wie einige Studien zeigen (Ananthakrishnan et al., 2010; Migongo et al., 2012; Petek Šter et al., 2008; von dem Knesebeck et al., 2019). Schließlich untersuchen Lindfors et al. (2019), ob das Informieren der Patienten über den Zeitrahmen der Konsultation die Besuchsdauer selbst beeinflusst. Sie finden jedoch keine signifikanten Auswirkungen auf die Besuchsdauer aufgrund des Wissens oder Informationen der Patienten.

2.3 Health Care Use

Das nächste Cluster in der Literatur umfasst Studien zum Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und der Dauer von Arztbesuchen.

Swanson et al. (2022) finden keinen Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und der Dauer der ärztlichen Kontaktzeit. Die Autoren untersuchen im Konkreten den Zusammenhang zwischen der Länge eines geplanten Termins auf die Häufigkeit wiederholter Besuche in der Primärversorgung.

Mehrere Studien finden jedoch Effekte, die mit einer längeren Dauer der Arztbesuche assoziiert sind: Cecil et al. (2021) und Irving et al. (2017) stellen fest, dass längere Arztbesuche mit einem Rückgang der Selbsteinweisungen von Patienten in eine Notaufnahme und der Krankenhausaufenthalte verbunden sind. Die Studie von Swanson et al. (2022) kommt zu einem gegenteiligen Ergebnis, da sie keinen signifikanten Einfluss der ärztlichen Kontaktzeit auf die Besuche in der Notaufnahme messen.

Navarro Soler (2016) stellen fest, dass eine längere ärztliche Kontaktzeit mit einem höheren Grad an Selbstmanagement der Patienten verbunden ist. In diesem Zusammenhang stellen Setia et al. (2017) fest, dass eine längere Besuchsdauer und die damit verbesserte Aufklärung häufiger dafür sorgt, dass Patientinnen und Patienten eigenständige Blutdruckmessungen außerhalb der Praxis durchführen.

Aus ärztlicher Sicht führt eine längere Besuchsdauer dazu, dass er oder sie mehr sogenannte erinnerungsfördernde Verhaltensweisen einsetzt, wie zum Beispiel Wiederholungen oder Zusammenfassungen während eines Termins, um die Erinnerung der Patienten an ihre Behandlungsanweisungen zu verbessern (Silberman et al., 2008). Zafra-Ramírez et al. (2019) zeigen, dass das Angebot von präventiven Aktivitäten durch Ärzte positiv mit der ärztlichen Kontaktzeit zusammenhängt. Wie Kandel et al. (2008) zeigen, war auch die Anzahl der verschriebenen Psychopharmaka signifikant mit der Dauer der Kontaktzeit verbunden. Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen kommen Sekhar et al. (2015), Hsiang et al. (2019), Kubota et al. (2022), Schmitt et al. (2010) und Walker et al. (2017) zu einem ähnlichen Ergebnis: Eine längere Besuchsdauer ist mit mehr Präventionsarbeit, zum Beispiel auch für Depressionen verbunden, während eine kürzere Besuchsdauer zu weniger Screenings insgesamt führt. Keine Korrelation gibt es jedoch zwischen der Besuchsdauer und der Durchimpfungsrate, der Verschreibung von Antibiotika sowie der verzögerten Verschreibung von Antibiotika (Crocker-Buque et al., 2018; Morrell et al., 2020 bzw. Shapiro et al., 2022).

Weitere Faktoren betreffen den Inhalt des Arztbesuches. So verlängert beispielsweise die Diskussion von Themen des Gesundheitsverhaltens zwischen Patienten und Ärztin und Arzt die Besuchsdauer (Gormley et al., 2020). Auch das Angebot von komplementärer oder alternativer Medizin (Tilburt et al., 2019) oder Ernährungsberatung (Covi-Crochet et al., 2010), gehen mit einer längeren Besuchsdauer einher. Ärzte, die verhaltensmedizinische Dienste anbieten führen eher zu einer längeren Besuchsdauer im Vergleich zu üblichen, rein medizinischen Besuchen (Gormley et al., 2020). Wenn der Grund eines Arztbesuchs die sexuelle Gesundheit ist, stellen Woodbridge et al. (2015) fest, dass eine optimale Beratung unter anderem ausreichend Zeit sowohl für die Patienten als auch für die Mediziner erfordert.

In Bezug auf die technische Unterstützung zeigen Mossack et al. (2022), dass telemedizinische Besuche die Dauer der Arztbesuche verkürzen, ohne die Patientenzufriedenheit und die Nachsorgeraten zu beeinträchtigen. Darüber hinaus führt die Nutzung von Fernberatungen, zum Beispiel per Telefon oder E-Mail, zu mehr ärztlicher Kontaktzeit (De La Fuente Balasteros et al., 2018).

Laut Sepúlveda R & Berroeta M (2012), die die Patientenzufriedenheit und die Ressourcennutzung anhand mehrerer Indikatoren beobachteten, hat sich die Planung kürzerer Arzttermine durch die Ärzteschaft zu Beginn des Arbeitstages als vorteilhaft erwiesen.

Abschließend, aus der Perspektive des Gesundheitssystems Spaniens, identifizierten Rogers et al. (2021) Beschränkungen der ärztlichen Kontaktzeit als ein Hindernis für die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen in der Primärversorgung.

2.4 Shared Decision Making

Inwieweit sich die Verbesserung der gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Patienten und Ärzten auf die Dauer der Konsultationen auswirkt, wurde in Studien eingehend untersucht, allerdings mit gemischten Ergebnissen. Während eine große Anzahl an Studien zeigt, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung mit einer längeren ärztlichen Kontaktzeit verbunden ist (Driever et al., 2022; Klaassen et al., 2018; Mathijssen et al., 2020; Valverde Bolívar et al., 2018), wird vielfach auch festgestellt dass kein signifikanter Zusammenhang besteht (Aoki et al., 2022; McCabe et al., 2013; Søndergaard et al., 2021; Veenendaal et al., 2023).

In engem Zusammenhang damit wurden auch allgemeinere Verbesserungen in der Arzt-Patienten-Interaktion untersucht, jedoch ebenfalls mit gemischten Ergebnissen. Einerseits stellen Niederau et al. (2010) fest, dass die Qualität der Arzt-Patienten-Interaktion mit der Dauer der ärztlichen Kontaktzeit zunimmt. Labrie & Schulz (2015) stellen fest, dass die Bereitstellungen von Begründungen beziehungsweise eine eingehende Argumentation der Allgemeinmediziner mit einer längeren Besuchsdauer und einem stärker partizipativen Entscheidungsfindungsstil verbunden sind. Darüber hinaus schienen Besuchsdauer und Shared Decision Making miteinander verbunden zu sein.

In Mira et al. (2014) wurde ein Mangel an ärztlicher Kontaktzeit als hinderlich für die Arzt-Patienten-Kommunikation eingeschätzt. Auf der anderen Seite stellen Brock et al. (2011) fest, dass es bei gemeinsamem Festlegen der „Tagesordnung“ nicht zu einer Verlängerung der ärztlichen Kontaktzeit kommt. Laws et al. (2011) untersuchen, ob eine patientenzentrierte klinische Kommunikation mit einer längeren Behandlungsdauer verbunden sein kann, finden jedoch nur einen schwachen Zusammenhang.

Einige Studien beschäftigen sich explizit mit den negativen Folgen kurzer Konsultationen und zeigen auf, dass eine begrenzte Konsultationszeit Diskussionen zwischen Ärztin oder Arzt und Patienten erschweren kann (Archer et al., 2021) und ein Hindernis für eine gute

Nachsorgequalität darstellt (Gaspard et al., 2014). Längere Konsultationen werden hingegen mit einer größeren Fähigkeit zur Bewältigung komplexer medizinischer Fälle und einer besseren Entscheidungsfindung (Murdoch, 2020), einer intensiveren Kommunikation mit Fachärzten (Abdulkader et al., 2022; O'Malley & Reschovsky, 2011) und mehr Informationen in Verbindung gebracht, die Ärztinnen und Ärzte von ihrer Patientenschaft erhält (Gude et al., 2013).

2.5 Patientenzufriedenheit

Ein Zusammenhang zwischen der Dauer der Konsultation und der Patientenzufriedenheit wurde in verschiedenen Studien gezeigt. Ein positiver Zusammenhang ist zum Beispiel dokumentiert für die pädiatrische Versorgung (J. Lee & Korczak, 2014), bei der Krebsbehandlung (Shin et al., 2012; Teicher et al., 2022), bei der Behandlung von Angstzuständen (Shepardson et al., 2021), bei der Behandlung von chronischen Rückenschmerzen (Miyakoshi et al., 2020) oder in der Allgemeinmedizin (O'Brien et al., 2007; Stunder et al., 2008). Sampson et al. (2013) stellen außerdem im Rahmen einer Untersuchung in Schottland fest, dass Patienten, denen eine Mitsprache oder größere Verantwortung bei der Wahl der Termindauer übertragen wird, sich zufriedener fühlen.

In anderen Studien konnte jedoch kein solch positiver Zusammenhang zwischen der ärztlichen Kontaktzeit und der Patientenzufriedenheit festgestellt werden. Eine Studie aus England konnte keinen Zusammenhang zwischen den von den Patienten gemachten Erfahrungen hinsichtlich der Kommunikation und der Dauer der ärztlichen Kontaktzeit feststellen (Elmore et al., 2016). Weiterhin konnte durch eine Untersuchung in Japan festgestellt werden, dass Ärztinnen und Ärzten mit einer längeren ärztlichen Kontaktzeit zufrieden waren, während dies nicht der Fall für deren Patienten war (Kisa et al., 2011).

Abschließend konnte in einer Studie aus Polen geschlussfolgert werden, dass bei Besuchen von Patienten im Alter von über 50 bei ihrem Hausarzt oder Hausärztin sowohl Zeiteinsparungen als auch Verbesserungen der Patientenzufriedenheit erzielt werden können, wenn unter anderem Faktoren wie die pro Besuch vorgesehene Zeit, die Anzahl der eingesetzten Ärzte und die Beeinträchtigung der Patienten berücksichtigt werden (Rzadkiewicz et al., 2022).

Auch alternative Methoden der Konsultation (siehe Duy Tran et al. (2012) für die Einbeziehung von Medizinstudenten in die Konsultation in der Allgemeinmedizin) oder die Verwendung elektronischer Krankenakten (Y. K. Lee et al., 2022) hatten keinen Einfluss auf die Konsultationsdauer oder die Patientenzufriedenheit.

2.6 Vergütung

Die Literatur über den Zusammenhang zwischen der Länge der Arztbesuche und den Vergütungsstrukturen liefert uneinheitliche Ergebnisse. Van den Berg et al. (2009) stellen fest, dass sich die Vergütung auf die Listengröße der Ärztinnen und Ärzte auswirkt, das heißt auf die Anzahl der einem Arzt oder Ärztin zugewiesenen Patienten, wodurch sich die Besuchsdauer pro Patient verändert. Mit zunehmender Listengröße nimmt die Dauer der Konsultation tendenziell ab. Kim et al. (2022) untersuchen eine Auswahl an neun Ländern, welche mittels Fee-for-service vergüten. Sie finden Auswirkungen der Höhe der Praxisgebühr auf die Besuchsdauer: Mit zunehmender Höhe des Beratungshonorars bzw. des Mindestlohns pro Stunde steigt tendenziell auch die Besuchsdauer.

Van Dijk et al. (2014) untersuchten den Wechsel der Vergütungsstruktur von einer reinen Leistungsvergütung für gesetzlich versicherte Patienten zu einer Mischung aus Leistungsvergütung und Kopfpauschale in den Niederlanden im Jahr 2006. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich eine Änderung der Vergütung kaum auf die Beratungsdauer auswirkt.

Solomon (2008) untersuchte die Maßnahmen zur zeitlichen Begrenzung für Patientenbesuche, die Strategien der Ärzte zur Verwaltung ihrer Zeit und die Auswirkungen dieser Strategien auf die Arbeitszufriedenheit. Die Studie zeigte, dass Ärztinnen und Ärzte trotz finanzieller Konsequenzen durch die Vergütungsstrukturen Zeitlimits missachteten und ihr Handeln stattdessen eher an ethischen Gesichtspunkten ausrichteten. Zudem, außerhalb des Vergütungskontextes, wirkte sich die Nichtbeachtung von Zeitlimits positiv auf die Arbeitszufriedenheit in der Patientenversorgung aus, während sich das Vorhandensein von Zeitlimits negativ auf die Arbeitszufriedenheit der Ärzte auswirkte.

Saint-Lary & Sicsic (2015) untersuchten die Auswirkungen eines freiwilligen Pay-for-Performance-Systems für Allgemeinmediziner in Frankreich auf die ärztliche Kontaktzeit. Sie stellen fest, dass das Leistungssystem auch nach Berücksichtigung der Merkmale der Hausärztinnen und Hausärzte sowie des Patientenmix kein signifikanter Prädiktor für die Dauer der ärztlichen Konsultation ist.

Leistungsbezogene Vergütungssysteme sind auch Gegenstand von Sicsic et al. (2012). Im Rahmen von Pay-for-Performance-Systemen finden die Autorinnen und Autoren eine negative Korrelation zwischen vergütungsbezogenen Faktoren wie der Zufriedenheit mit dem eigenen Einkommen der Ärztinnen und Ärzte und der Motivation der Ärzte.

Mehrere Studien befassen sich mit der Vergütungsstruktur speziell in den Vereinigten Staaten von Amerika. Bruen et al. (2013) finden keinen Einfluss der Art der Versicherung der

Patienten auf die ärztliche Kontaktzeit. Olfson et al. (2009) finden jedoch signifikante Unterschiede in der Besuchsdauer für verschiedene Versicherungstypen, wobei Patienten, welche über Medicare versichert sind (die US-amerikanische Krankenversicherung für über 65-jährige und behinderte Bürgerinnen und Bürger) im Vergleich zu anderen Versicherungstypen eine etwas kürzere Kontaktzeit aufweisen.

Miksanek et al. (2022) stellen fest, dass die Beziehung zwischen Besuchsdauer und Kosten-erstattung je nach Abrechnungsmethode unterschiedlich ist. Bei der Abrechnung nach medizinischer Entscheidungsfindung war eine längere Besuchsdauer mit einem Rückgang der Erstattung verbunden. Bei der zeitbasierten Abrechnung blieb die Erstattung mit zunehmender Besuchsdauer ähnlich, wobei längere Besuche bei Patientenrückkehrer mit höheren Einnahmen assoziiert sind.

Abschließend stellen Guy & Richardson (2012) fest, dass eine stärkere Nutzung von sowohl leistungsbezogenen Vergütungsmechanismen als auch Kopfpauschalen mit einem Rückgang der Zeit, die Ärztinnen und Ärzte mit Krebspatienten verbringen, verbunden ist.

2.7 Auswirkungen auf die Gesundheit

Während es eine Vielzahl an Faktoren gibt, welche die ärztliche Kontaktzeit beeinflussen können, finden sich in der Literatur auch Hinweise im Besonderen auf die Folgen einer längeren oder kürzeren Kontaktzeit auf ein breites Spektrum an sogenannten Health Outcomes, auch Gesundheitsindikatoren genannt.

Woodbridge et al. (2015) beispielsweise identifizieren eine begrenzte Konsultationsdauer als ein Haupthindernis für die optimale Bereitstellung einer Beratung zur sexuellen Gesundheit. Archer et al. (2021) sowie Balogh et al. (2020) liefern analog Belege dass eine begrenzte Beratungsdauer ein Hindernis im Zusammenhang mit der Erkennung von Angststörungen bzw. Demenz in der Primärversorgung darstellt. Kürzere Konsultationen wurden auch mit der Verschreibung unangemessener Behandlungspläne sowie mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit in Verbindung gebracht, dass Patienten bei der Einnahme ihrer Medikamente Fehler machen (Mira et al., 2012). In ähnlicher Weise berichten Studien über begrenzte Beratungszeiten als ein Hindernis für eine optimale Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit der Diabetesbehandlung (De Lusignan et al., 2022), dem Screening des Nikotinkonsums bei jugendlichen Diabetespatienten (Chin et al., 2022) oder der Ansprache und Förderung von Änderungen des Lebensstils durch Ärztinnen und Ärzte (Cornell et al., 2020). Wiking et al. (2013) finden einen positiven Einfluss einer genügenden Besuchsdauer auf Ein-

wanderer in Schweden, da sie vor allem aufgrund von Sprachbarrieren ausreichend Beratungszeit benötigen. Generell zeigen Schäfer et al. (2020), dass Patienten eine bessere Versorgung erfahren, wenn sich ihre Hausärztin beziehungsweise Hausarzt mehr Zeit für sie nimmt.

Einige Studien haben jedoch auch die Annahme, dass längere Konsultationen immer die Qualität verbessern, in Frage gestellt. Lemon & Smith (2014) vermuten, dass nicht die Länge der Konsultation selbst die Qualität der Versorgung beeinflusst, sondern vielmehr der Inhalt der Arztbesuche. Ähnlich, wenn auch weniger ausgeprägt, sind die Ergebnisse von Chen (2009), die nur einen schwachen Zusammenhang zwischen der Konsultationsdauer und der Qualität der Versorgung feststellt. Während Beratung oder Screening zusätzliche Zeit der Ärztin oder des Arztes erfordert, scheint die Sicherstellung, dass Patienten die richtigen Medikamente einnehmen unabhängig von der ärztlichen Kontaktzeit zu sein. Zuletzt stellten Crocker-Buque et al. (2018) für England fest, dass die dortige Impfbedeckung im Rahmen eines Routineimpfprogramms nicht mit der ärztlichen Kontaktzeit korreliert ist.

2.8 Zusammenfassung der Literatur

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Literatur zum Einfluss je nach Studie verschiedener Arztcharakteristika auf die ärztliche Besuchsdauer deutliche Effekte zeigen, ohne jedoch eine über die Studien hinweg eindeutige Richtungen zu identifizieren. Der Zusammenhang zwischen dem Alter der Ärzte und der Konsultationsdauer ist uneinheitlich, wobei einige Studien eine Zunahme der Besuchsdauer mit dem Alter feststellen, während andere keine signifikanten Zusammenhänge finden. Eine höhere Arbeitsbelastung führt eher zu kürzeren Konsultationszeiten. Erfahrenere Ärzte führen eher kürzere Konsultationen durch und stehen seltener unter Zeitdruck. Das Geschlecht der Ärztin oder des Arztes kann einen Einfluss haben, wobei Ärztinnen tendenziell mehr Zeit mit ihren Patienten verbringen als Ärzte.

Die Merkmale der Patienten, wie Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status und ethnische Zugehörigkeit, haben ebenfalls Auswirkungen auf die ärztliche Besuchsdauer. Frauen haben tendenziell längere Konsultationen als Männer, und ältere Patienten verbringen mehr Zeit mit ihren Ärzten. Patienten mit höherem sozioökonomischem Status haben in der Regel längere Konsultationen, während der ethnische Hintergrund variierende Effekte auf die Besuchsdauer zeigt. Grundsätzlich sehen wir also einen Einfluss der Patientencharakteristika auf die ärztliche Behandlungszeit, die genaue Richtung bzw. Stärke ist aber nicht immer eindeutig.

Die Digitalisierung von Arztpraxen kann die Konsultationsdauer sowohl verkürzen als auch verlängern. Der Einsatz von Computern und elektronischen Patientenakten während der Konsultation kann dazu führen, dass mehr Zeit am Computer verbracht wird und weniger Zeit für die persönliche Interaktion mit den Patienten bleibt. Die Literatur zeigt jedoch auch, dass die Verwendung elektronischer Gesundheitsakten die Konsultationsdauer erhöhen kann.

In der Literatur finden sich verschiedenste Ansätze, das Zusammenspiel der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Konsultationsdauer zu untersuchen. Die Studien nutzen hierbei verschiedene, teils spezifische Faktoren um die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen abzubilden und deren Zusammenhang mit ärztlicher Behandlungszeit abzubilden. So wurde versucht, den Zusammenhang zwischen ärztlicher Kontaktzeit und Inanspruchnahme unter anderem über Prävention und Screening, die Verschreibungsrate von Antibiotika, oder die Selbsteinweisungen in die Notaufnahme durch Patienten abzubilden. Jedoch ist die Richtung des Zusammenhangs zwischen der Inanspruchnahme und der ärztlichen Kontaktzeit nicht immer eindeutig.

Einige Studien zeigen, dass längere Konsultationen mit einer besseren Qualität der Versorgung und einer höheren Patientenzufriedenheit verbunden sind. Bezüglich der gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Ärztin oder Arzt und Patient kann diese mit längeren Konsultationen einhergehen. Dies jedoch nicht zwingenderweise, da die Literatur auch Beweise für keinen signifikanten Zusammenhang in Bezug auf die Besuchsdauer liefert.

Bezüglich der Vergütungsstrukturen zeigen einige Studien, dass höhere Vergütungen mit längeren Konsultationen verbunden sind. Jedoch sind die Ergebnisse auch hier uneindeutig, da weitere Studien unterschiedliche Auswirkungen der Vergütungsstrukturen auf die Konsultationsdauer zeigen.

Es gibt Cluster, die einen relativ eindeutigen Zusammenhang mit der ärztlichen Kontaktzeit aufzeigen. Bei Arzt- und Ärztinnencharakteristika ist mehr Erfahrung des Behandelnden verantwortlich für eine verkürzte Kontaktzeit mit den Patienten. Die Literatur ist auch relativ eindeutig hinsichtlich einer längeren Kontaktzeit bei Ärztinnen anstatt Ärzten. Hinsichtlich der Charakteristika von Patienten- und Patientinnen ist eine längere Kontaktzeit eindeutig mit steigendem Alter und einem höheren sozio-ökonomischen Index assoziiert. Weiterhin stellt die Komplexität der zu behandelnden Krankheiten einen eingehend in der Literatur untersuchten und maßgeblichen Faktor einer längeren Kontaktzeit dar. Zuletzt gibt es eindeutige Evidenz, dass neu in die Praxis aufgenommene Patientinnen und Patienten längere

Konsultationszeiten erfahren. Es gibt jedoch auch Cluster mit widersprüchlichen oder gemischten Ergebnissen. So sind insbesondere die Ergebnisse in der Literatur über den Zusammenhang zwischen der Dauer von Arztbesuchen und den Vergütungsstrukturen nicht einheitlich.

Der Großteil der untersuchten Literatur ist qualitativer Natur mit kleinen Stichprobengrößen. Wenig vertreten sind hingegen quantitative oder kausale Studien mit großen Stichproben, die generalisierbare Ergebnisse liefern können. Insbesondere gibt es wenig ökonomische Literatur zu dem Einfluss von beispielsweise Vergütungsstrukturen auf die ärztliche Kontaktzeit, wohingegen der Großteil der Forschung in medizinischen Fachzeitschriften veröffentlicht wurde.

Die Literaturübersicht liefert uns einen Einblick in die aktuelle Forschungslandschaft zur ärztlichen Kontaktzeit. Wir können feststellen, dass es eine Vielzahl an untersuchten Faktoren gibt, die die ärztliche Kontaktzeit beeinflussen oder von ihr beeinflusst werden. Diese einzelnen Faktoren können sieben übergeordneten Clustern zugeordnet werden. Wir stellen fest, dass die Literatur zwar eine Vielzahl an signifikanten Zusammenhängen findet, diese jedoch oftmals in der Richtung der Effekte uneindeutig sind. Nur hinsichtlich einiger weniger Faktoren wie beispielsweise bestimmter Patienten- oder Arzt-Charakteristika gibt es konsistente und signifikante Ergebnisse. Abschließend muss bedacht werden, dass der Großteil der untersuchten Literatur Assoziationsstudien sind und sich auf qualitative Methoden mit relativ kleinen Stichprobengrößen stützen. Deskriptive Analyse der Kontaktzeiten und Vergütungssysteme in Europa

Im zweiten Teil des Projekts wird der Zusammenhang zwischen durchschnittlicher Kontaktzeit in Arztpraxen und den Eigenschaften der Vergütungssysteme in verschiedenen europäischen Ländern untersucht. Hierbei werden die Merkmale der Vergütungssysteme in Clustern geordnet, um dann die Kontaktzeiten zwischen den Merkmalsclustern zu vergleichen.

2.9 Deskriptive Analyse der Kontaktzeiten

Die Kontaktzeit zu Ärzten repräsentativ zu erfassen ist komplex, da die Kontaktzeit nicht aus Prozess- oder Abrechnungsdaten hervorgeht. Wir nutzen im Folgenden mehrere Datenquellen aus Studien und Umfragen, um die durchschnittliche Kontaktzeit in unterschiedlichen Ländern abzubilden.

Eine erste Datenquelle ist die repräsentative Umfrage "International Survey of Primary Care Doctors" des Commonwealth Funds, die Hausärzte in verschiedenen Ländern zu ihren Erfahrungen befragt (Commonwealth Fund, 2015, 2019). Die Commonwealth Fund Stiftung ist eine private, gemeinnützige Stiftung mit Fokus auf Gesundheitssystemen und führt diese Umfrage in regelmäßigen Abständen durch, um Einblicke in die Primärversorgung zu gewinnen und Gesundheitssysteme weltweit zu vergleichen.

Die Umfrage sammelt Daten zu einer Vielzahl von Themen, einschließlich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung, der Koordination der Versorgung, der Patientenzentrierung, der Nutzung von Gesundheitstechnologien und den allgemeinen Erfahrungen von Hausärzten innerhalb ihrer jeweiligen Gesundheitssysteme.

Das "International Survey of Primary Care Doctors" bildet vorrangig Daten für die Länder des Commonwealth of Nations ab, umfasst aber auch einige weitere Industriestaaten. Wir können aus dieser Umfrage also Kontaktzeiten erfassen, die Ärzte selbst angeben.¹ Wir nutzen die Wellen von 2015 und 2019, aufbereitet durch das Schweizerische Statistikanth (Pahud, 2019).

Eine zweite Datenquelle ist eine Übersichtsstudie von Irving et al. (2017), die aus unterschiedlichen Ländern Studien und Erhebungen zu Kontaktzeiten zusammentragen und die Datenqualität prüfen. Wir nutzen nur die Studien als Datenquellen, die mit einer guten Datenqualität bewertet werden. Die Studie enthält Information zu 67 Ländern, die Zahlen sind allerdings sehr unterschiedlich erfasst, unter anderem durch Protokolle, Selbstausskünfte von Ärzten oder auch Prozessdaten. Wir beschränken uns hier auf europäische Länder.

Ein Vergleich der Daten aus beiden Quellen zeigt deutliche Unterschiede in den Kontaktzeiten zwischen Arzt und Patienten in verschiedenen Ländern.

In Abbildungen 3 und 4 sind die durchschnittlichen Kontaktzeiten bei einer ärztlichen Konsultation abgebildet. Diese entstammen den Commonwealth-Daten von 2015 und 2019 und sind in drei Kategorien eingeteilt: Kontaktzeit unter 15 Minuten, zwischen 15 und 25 Minuten, und über 25 Minuten. In Abbildung 5 sind die durchschnittlichen Minuten von Irving et al. (2017) dargestellt. Es ist zu erkennen, dass beispielsweise Deutschland (7,6 Minuten; 80% der Besuche unter 15 Minuten) und Großbritannien (8,9 Minuten; 86% der Besuche unter

¹ Die Frage in der Survey lautet: „On average, how much time are you able to spend with a patient during a routine?“

15 Minuten) aus beiden Quellen eine vergleichsweise geringe durchschnittliche Kontaktzeit zwischen Ärztin oder Arzt und Patient zeigen. In der Schweiz und Frankreich hingegen liegen die Kontaktzeiten im Mittelfeld. Hier verbringen die Ärzte einige Minuten mehr im Schnitt mit ihren Patienten. Im Gegensatz dazu weisen die skandinavischen Länder, allen voran Schweden, die längsten Kontaktzeiten auf. In Schweden beträgt die durchschnittliche Kontaktzeit 22,5 Minuten. Dies ist jedoch lediglich eine deskriptive Betrachtung von Kontaktzeit, und sagt soweit noch nichts über die Qualität und die Effektivität der Gesundheitsversorgung in einem Land aus.

Um die Güte der Daten miteinander zu vergleichen, kategorisieren wir die Commonwealth Survey-Daten in Gruppen und errechnen die Korrelation mit den Ergebnissen der Literaturdaten. Je nach Art der Gruppierung finden wir eine Korrelation zwischen 92% und 73%, im Schnitt eine Korrelation von 84%. Diese hohen Korrelationen lassen auf gute und valide Daten schließen (siehe Anhang Tabelle 1).

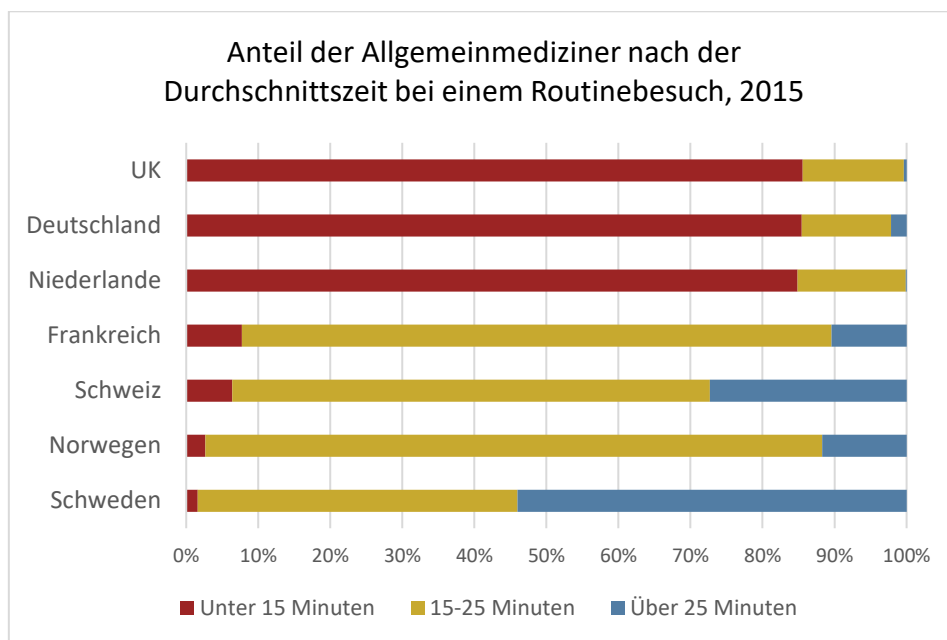


Abbildung 3: Anteil der Allgemeinmediziner nach der Durchschnittszeit bei einem Routinebesuch im Jahr 2015.
Datenquelle: Commonwealth Fund, Survey of Primary Physicians 2015.

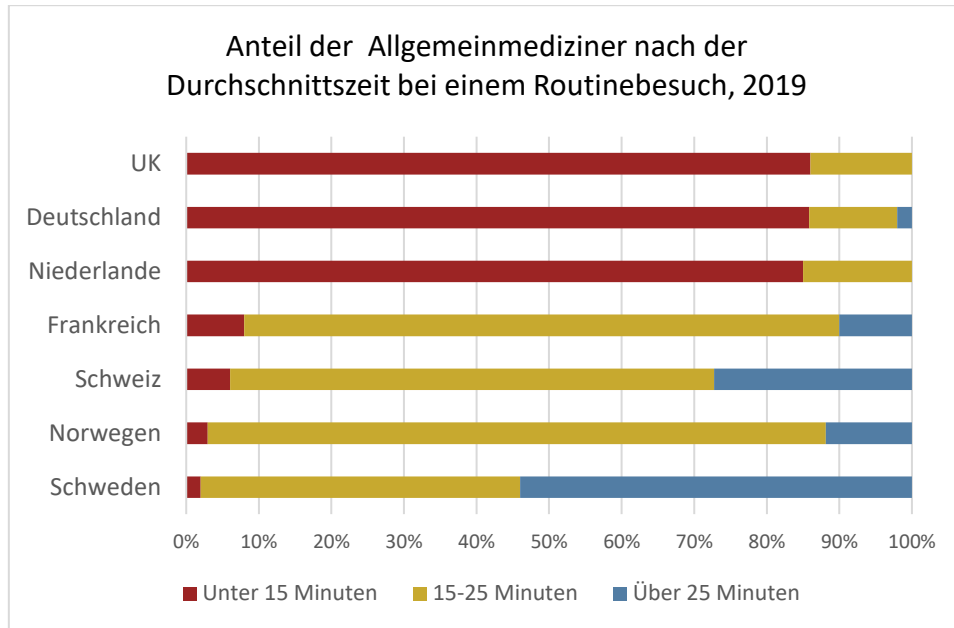


Abbildung 4: Anteil der Allgemeinmediziner nach der Durchschnittszeit bei einem Routinebesuch im Jahr 2019.
 Datenquelle: Commonwealth Fund, Survey of Primary Physicians 2019

Kontaktzeit bei einem Routinebesuch

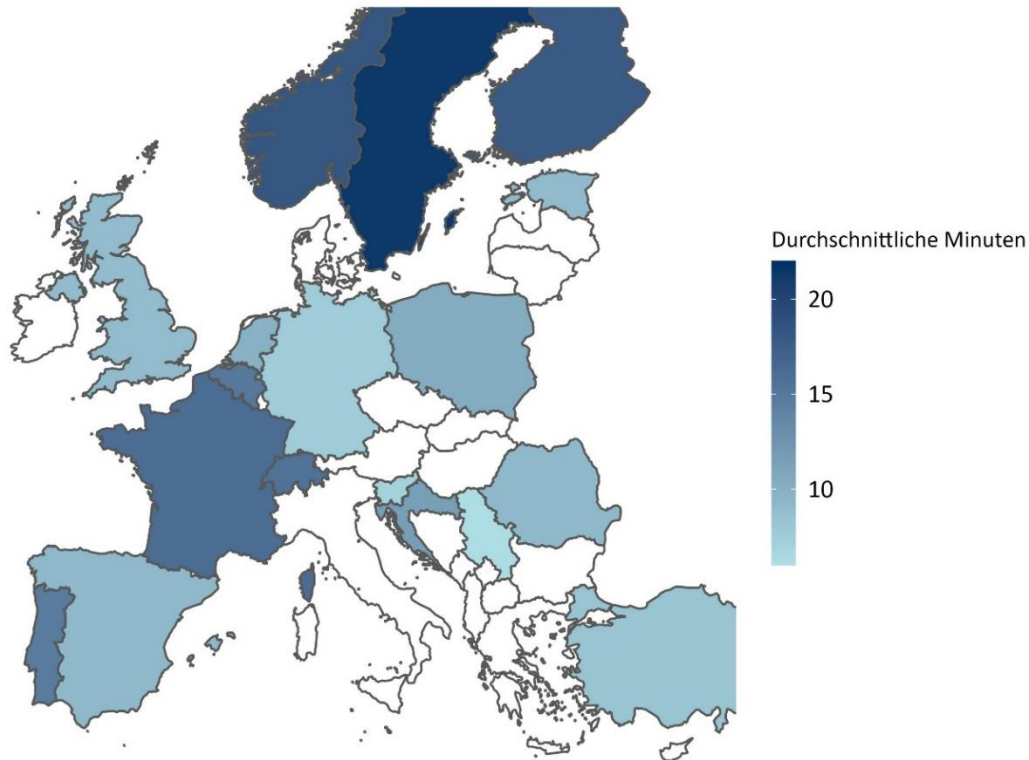


Abbildung 5: Durchschnittliche Kontaktzeit bei einem Routinebesuch bei Allgemeinmedizinern.

Anmerkungen: Eigene Darstellung der in Irving et al. (2017) angegebenen durchschnittlichen Dauer eines Routinebesuchs beim Hausarzt.

2.10 Vergütungssysteme im ambulanten Bereich für ausgewählte Länder

Der ambulante Sektor in der medizinischen Versorgung verwendet verschiedene Vergütungsformen, um die Leistungen von Ärzten und anderen Gesundheitsdienstleistern zu honorieren. Die folgende Zusammenfassung unterteilt die Vergütungsformen in drei Kategorien: "Input-orientiert", "Output-orientiert" und "Outcome-orientiert". Im folgenden Abschnitt werden diese kurz eingeführt. Zudem wird erklärt, dass jede Vergütungsform ihre eigenen Anreize schafft, die sich auf die Dauer und Intensität der Arzt-Patienten-Interaktion auswirken (Christianson & Conrad, 2011).

Input-orientierte Vergütungsformen:

Unter diese Kategorie fallen Vergütungsmodelle, die sich auf die Inputs, also den Einsatz der Ärzte, wie die eingebrachte Arbeitszeit und die Qualifikation der Gesundheitsdienstleister, konzentrieren. Ein Beispiel dafür sind Fixgehälter, bei denen Ärzte ein festes Gehalt erhalten, unabhängig von der Anzahl oder Art der erbrachten Leistungen. Fixgehälter bieten finanzielle Sicherheit für Ärzte, können jedoch möglicherweise Anreize zur Über- oder Unterversorgung schaffen. Beispiele dafür sind die Systeme in Spanien oder Finnland.

Bei einem festen Gehalt, unabhängig von der Anzahl der Patientenkontakte oder der erbrachten Leistungen, ist die Anreizstruktur wenig eindeutig hinsichtlich der Kontaktzeit. Einerseits ist die Ärztin oder der Arzt nicht von abgerechneten Leistungen abhängig und kann sich dadurch ausreichend Zeit für jeden Patienten zu nehmen. Es kann aber auch zu kürzeren Kontaktzeiten kommen, da der Arzt sein Gehalt nicht durch gute (oder auch nur lange) Behandlung verbessern kann.

Output-orientierte Vergütungsformen:

Output-orientierte Vergütungsformen basieren auf den erbrachten Leistungen (den Outputs) der Gesundheitsdienstleister. Beispiele dafür sind:

Kopfpauschale/Capitation: Hier ist die Ärztin oder der Arzt für die Gesundheitsversorgung der zugewiesenen Patienten verantwortlich und erhält eine festgelegte Pauschale pro Patient (die Kopfpauschale), unabhängig von den erbrachten Leistungen. Diese Vergütungsform kann Anreize für eine effiziente Versorgung setzen, birgt jedoch das Risiko einer Unterversorgung einzelner Patienten.

Bei dieser pauschalen Vergütungsform besteht für Ärztinnen und Ärzte der Anreiz, Kontakte mit den Patienten so kurz wie möglich zu halten. Das bedeutet nicht zwangsläufig, dass die Qualität der Versorgung beeinträchtigt wird, kann aber dazu führen, dass weniger Zeit für ausführliche Gespräche und Untersuchungen zur Verfügung steht.

Bundling: Bei diesem Vergütungsmodell werden verschiedene Leistungen zu einem Pauschalpreis gebündelt. Anstatt jede einzelne Leistung separat abzurechnen, erhalten die Ärzte eine pauschale Vergütung für einen definierten Leistungsumfang. Bundling kann die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachrichtungen fördern und die Qualität der Versorgung verbessern.

Fee-for-Service: Hierbei erfolgt die Vergütung basierend auf den erbrachten einzelnen Leistungen. Jede Leistung wird separat abgerechnet und mit einem bestimmten Betrag vergütet. Fee-for-Service (FFS) kann Anreize zu einer angemessenen Leistungserbringung setzen, aber auch zu einer übermäßigen Inanspruchnahme von Leistungen führen.

In den beiden Systemen, sowohl Bundling als auch in FFS, entsteht der Anreiz möglichst viele Leistungen in einer Sitzung anzubieten oder zusätzliche Untersuchungen durchzuführen, um höhere Einnahmen zu erzielen. Dies kann zu längeren Arztbesuchen führen, bei denen auch medizinisch nicht nötigen Untersuchungen durchgeführt werden.

Outcome-orientierte Vergütungsformen:

Diese Vergütungsformen richten den Fokus auf die erreichten Gesundheitsresultate (Outcomes) der medizinischen Versorgung. Ein Beispiel:

„Pay for Performance“ (P4P): Hier ist die Vergütung an bestimmte Qualitäts- und Leistungsziele geknüpft. Ärzte erhalten zusätzliche Zahlungen, wenn sie vordefinierte Qualitätsindikatoren erreichen. Outcome-orientierte Vergütungsmodelle sollen die Qualität der Versorgung steigern und Anreize für eine verbesserte Patientenversorgung schaffen. Unter dem Pay-for-Performance-Modell werden Ärzte nach der Qualität und Effizienz ihrer Versorgung bewertet und entsprechend vergütet. Hier besteht der Anreiz, dass Ärzte sich mehr Zeit nehmen, um die Behandlungsergebnisse zu verbessern und dadurch höhere Boni zu erzielen.

Ausgangspunkt für die Preisbildung in den jeweiligen Systemen können unterschiedliche Kalkulationsgrundlagen und Kosten sein. Eine mögliche Unterscheidung liegt zwischen Preis- bzw. Bewertungsrelationen, wie zum Beispiel verschiedenen Punktzahlen für Leistungen, und dem Preis- bzw. Vergütungsniveau, also dem monetären Wert eines Punktes oder der Punktwerte selbst. Zudem gibt es preisbezogene Differenzierungsmöglichkeiten, etwa nach Arztgruppen oder Charakteristika der Patienten bzw. Behandlungsfällen, um eine Risikoadjustierung vorzunehmen. Bei Pauschalen können die Preise auch zeitliche Parameter wie Quartale oder Monate berücksichtigen.

2.11 Klassifikation der Vergütungssysteme

Das Vergütungssystem im ambulanten Sektor ist in einen institutionellen Rahmen eingebettet, der je nach nationalem Gesundheitssystem variiert. So unterscheiden sich Länder im Hinblick auf die Anbieterstruktur der ambulanten ärztlichen Versorgung, wie fachliche Spe-

zialisierungen und der Integrationsgrad der Leistungserbringer. Auch übergeordnete Faktoren wie das Finanzierungssystem und die Kostenträgerstruktur beeinflussen das Vergütungssystem. Zu beachten gilt hierbei welches von mehreren Vergütungssystemen anteilig welchen Einfluss auf das Einkommen hat, ebenso wie der Einfluss des Anteils der Einnahmen durch Selbstzahler. Darüber hinaus haben viele Vergütungssysteme Mechanismen, die das Gesamteinkommen der Arztpraxen zusätzlich begrenzen oder erhöhen. Solche Rabatt- und Subventionsmechanismen können individuell für einzelne Ärzte und Praxen oder kollektiv für Arztgruppen bzw. die gesamte ambulante ärztliche Versorgung erfolgen. Ein Beispiel hierfür wäre eine garantierte Grundfinanzierung mit Maximalbudgets die indirekt als Mengengrenzungen durch mengenbezogene Preisabschläge wirken.

In verschiedenen Ländern gibt es darüber hinaus unterschiedliche Systeme zur Finanzierung und Organisation des Gesundheitswesens. Diesen Teilaspekt klammern wir hier aus und beschränken uns allein auf die Faktoren der Vergütung. Diese Einschränkung bedeutet, dass die genannten Vergütungsformen nur für unterschiedlich große Teile der Bevölkerung gelten, in Deutschland beispielsweise nur für gesetzlich Versicherte.

Vergütungssysteme in Europa

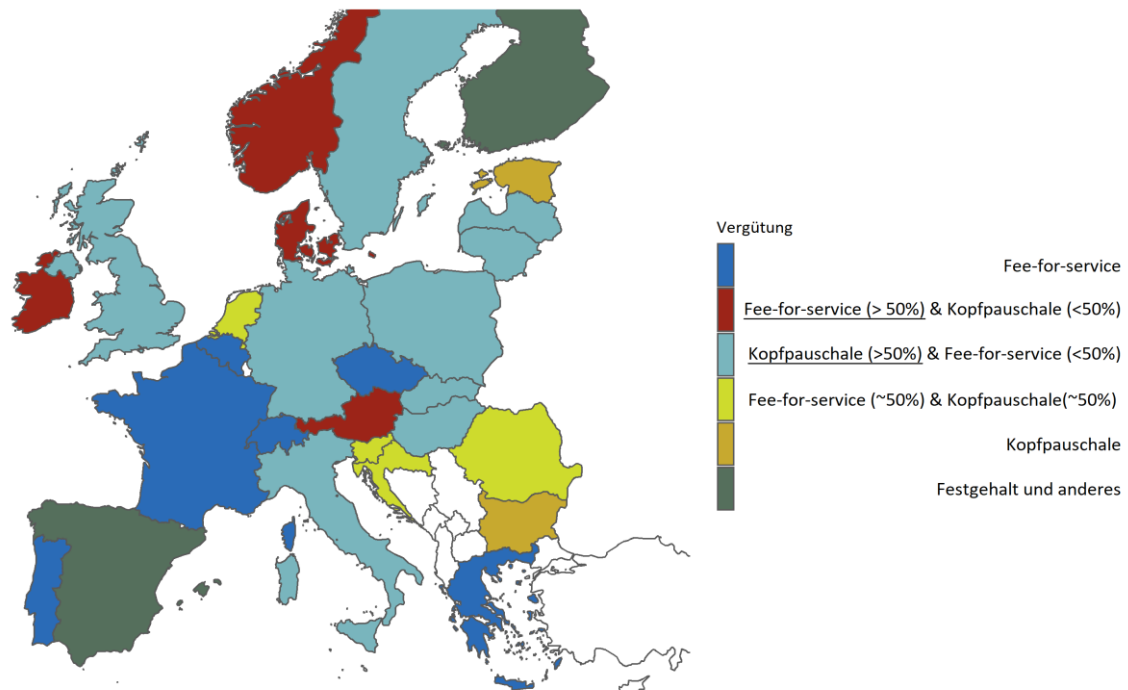


Abbildung 6: Dominierende Vergütungsformen für Hausärztinnen und -ärzte nach Ländern.

Anmerkungen: Die hellblau gefärbten Länder nutzen sowohl FFS als auch Kopfpauschale mit dominierendem Aspekt der Kopfpauschale; die roten Länder sowohl FFS als auch Kopfpauschale mit dominierendem Aspekt des FFS; die hellgrünen Länder sowohl FFS als auch Kopfpauschale in etwa gleichen Anteilen

Das Gesamteinkommen aus ärztlicher Tätigkeit im ambulanten Sektor setzt sich aus den verschiedenen Vergütungsformen und -höhen zusammen. In sehr wenigen Ländern werden einzelne Vergütungssysteme in Reinform verwendet. Die meisten Länder setzen auf einen Mix, jedoch mit sehr unterschiedlichen Gewichtungen der einzelnen Teile für das Einkommen der Ärztinnen und Ärzte. So setzt Dänemark beispielsweise auf ein System, in welchem das Arzteinkommen zu circa 30% Kopfpauschale und 70% Fee-for-Service-Einnahmen besteht. Österreich sowie Frankreich setzen auf sehr hohe Anteile durch Fee-for-Service Einnahmen; die baltischen Länder, sowie Deutschland oder Italien setzen auf einen sehr hohen Anteil von Kopfpauschalen.

Einige wenige Länder wie Finnland und Spanien vergüten Ärzten im öffentlichen Gesundheitssystem darüber hinaus mit Festgehältern. Abbildung 6 und Tabelle 1 fassen die verschiedenen Vergütungssysteme nach Ländern zusammen. Der Großteil der Länder setzt auf eine Mischung aus Kopfpauschalen und Fee-For-Service Zahlungen. Obwohl einige Länder schon P4P Elemente in ihren Vergütungssystemen eingeführt haben (unter anderem in Großbritannien, den Niederlanden oder auch Frankreich), nimmt P4P dennoch eine unterordnete Rolle ein und trägt damit nur zu einem niedrigen Anteil der durchschnittlichen Arztvergütungen bei. Andere Zahlungen, die in die Vergütung einfließen, sind Out-of-Pocket Zahlungen, also Eigenanteile für Patienten, die in einigen Ländern die Einnahmen ergänzen. Insbesondere in Südosteuropa sind diese stärker ausgeprägt. In anderen Ländern wie Spanien arbeiten Ärzte, die grundsätzlich im öffentlichen Gesundheitssystem angestellt sind, zudem meist noch zusätzlich nebenbei in Privatpraxen. Tabelle 1 vereinfacht die Gruppierung der Vergütungssysteme, denn in der Praxis bestehen diese oft aus sehr vielen unterschiedlichen Bestandteilen. So sind beispielsweise in Deutschland auch P4P Elemente durch beispielsweise Selektivverträge möglich.

In unserer Übersicht fassen wir die Vergütungssysteme zusammen, indem wir herausfiltern, aus welchem System die Ärzte den Großteil ihres Einkommens erzielen. Blickt man auf die Karte in Abbildung 6 wird deutlich, dass die Art der ambulanten Vergütung sehr heterogen ist.

Dominierende Vergütungsformen für Hausärztinnen und -ärzte nach Ländern						
	FFS	FFS & Kopfp. Fokus FFS	FFS & Kopfp. Fokus Kopfp.	FFS & Kopfp. gleichermaßen	Kopfpauschale	Kopfp. & Festgehalt
Belgien						
Bulgarien						
Dänemark						
Deutschland						
Estland						
Finnland						
Frankreich						
Griechenland						
Irland						
Italien						
Kroatien						
Lettland						
Litauen						
Niederlande						
Österreich						
Polen						
Portugal						
Rumänien						
Schweden						
Slowakei						
Slowenien						
Spanien						
Tschechien						
Ungarn						
Norwegen						
Schweiz						
Vereinigtes Königreich						
Australien						
Kanada						
Neuseeland						
USA (öffentlich)						

Tabelle 1: Dominierende Vergütungsformen für Hausärztinnen und -ärzte nach Ländern.

Anmerkungen: FFS = Einzelleistungsvergütung (Fee-For-Service), Kopfp. = Kopfpauschale. Die Kategorien in den jeweiligen Spalten stehen für die dominierende Vergütungsform, nach Spalten von links nach rechts: 1. FFS; 2. sowohl FFS als auch Kopfpauschale mit dominierendem Aspekt des FFS; 3. sowohl FFS als auch Kopfpauschale mit dominierendem Aspekt der Kopfpauschale; 4. sowohl FFS als auch Kopfpauschale mit in etwa gleichen Anteilen; 5. Kopfpauschale; 6. Kopfpauschale & Festgehalt.

2.12 Kontaktzeiten und Vergütungssysteme

Die durchschnittlichen Kontaktzeit pro Land, geordnet nach Vergütungssystem sind in Tabelle 2 abgebildet.

Durchschnittliche Kontaktzeit nach Vergütungssystem		
<i>Vergütungssystem</i>	<i>Durchschnittliche Kontaktzeit (in Minuten)</i>	<i>Länder</i>
FFS	15,13	AUS, BEL, CAN, CHE, FRA, PRT (6)
FFS & Kopfpauschale	12,18	CRO, DEU, NLD, NOR, POL, ROU, SVN, SWE, UK, USA (10)
Kopfpauschale (+ ggf. Fixgehalt)	12,04	ESP, EST, FIN (3)

Tabelle 2: Durchschnittliche Kontaktzeit nach Vergütungssystem. Anmerkungen: FFS = Einzelleistungsvergütung (Fee-For-Service).

In der Tabelle sind alle Länder berücksichtigt, zu denen Daten sowohl zur durchschnittlichen Kontaktzeit als auch zur Art des Vergütungssystems vorliegen. Die Länder sind nach Art ihres Vergütungssystems für Hausärzte bzw. Allgemeinmediziner in drei Kategorien unterteilt. Länder, in denen Einzelleistungsvergütungen gezahlt werden, aber keine Kopfpauschalen; Länder, in denen Kopfpauschalen gezahlt werden, aber keine Einzelleistungsvergütungen; Länder, in denen sowohl Kopfpauschalen als auch Einzelleistungsvergütungen gezahlt werden.

Die längste durchschnittliche Kontaktzeit mit über 15 Minuten weisen die Länder auf, in denen keine Kopfpauschalen, sondern lediglich Einzelleistungsvergütungen gezahlt werden. Dies ist konsistent mit der Hypothese, dass die Abrechnung über Einzelleistungen einen Anreiz für Ärzte schafft, möglichst viele Leistungen in ihren Sprechstunden anzubieten. Da eine umfangreichere Behandlung mit mehr Leistungen zeitintensiver sein dürfte, weisen Länder mit einer leistungsabhängigen Vergütung die längste Kontaktzeit auf.

Die kürzeste durchschnittliche Kontaktzeit mit rund zwölf Minuten weisen die Länder auf, in denen keine Einzelleistungsvergütungen gezahlt werden, sondern Ärzte eine Kopfpauschale (und ggf. ein fixes Grundgehalt) erhalten. Dies ist konsistent mit der Hypothese, dass Kopfpauschalen Ärzte dazu verleiten, Sprechstunden möglichst kurz zu halten, um mehr Patienten bedienen und damit mehr Einkommen erzielen zu können.

Länder, in denen sich die ärztliche Vergütung sowohl aus Kopfpauschalen als auch aus Einzelleistungsvergütungen zusammensetzt, haben Kontaktzeiten von etwa 12:18 Minuten und

liegen damit zwischen den beiden anderen Gruppen von Ländern. Dies ist ebenfalls konsistent mit den bereits beschriebenen Hypothesen. Folgt man den beiden Hypothesen zur Anreizwirkung der unterschiedlichen Vergütungsformen, so liegt die durchschnittliche Kontaktzeit in dieser Gruppe von Ländern unter der von Ländern ohne Kopfpauschale, weil Ärzte in letzteren keinen Anreiz zur Maximierung der Patientenzahl haben; und sie liegt über der von Ländern ohne Einzelleistungsvergütung, weil Ärzte in letzteren keinen Anreiz haben, die Leistungen pro Sprechstunde (und damit die Kontaktzeit) künstlich zu vergrößern, um mehr Einkommen zu erzielen.

Weitergedacht: Zusatzvergütung für Kontaktzeit?

Die Einführung einer Zusatzvergütung für längere Kontaktzeiten zwischen Arzt und Patient kann in verschiedenen Vergütungssystemen erfolgen, um Anreize für längeren Patientenkontakt zu schaffen. Hier sind einige Möglichkeiten, wie dies in verschiedenen Vergütungsmodellen umgesetzt werden könnte:

Kopfpauschale

- Innerhalb des Capitation-Systems könnte eine zusätzliche Vergütung für längere Kontaktzeiten eingeführt werden, wenn der Arzt nachweisen kann, dass er zusätzliche Zeit und Ressourcen für komplexe Fälle oder Patienten mit besonderen Bedürfnissen aufgewendet hat. Dies könnte durch eine angemessene Dokumentation und einen transparenten Bewertungsprozess erfolgen, der die Notwendigkeit und Qualität der verlängerten Interaktionen bewertet.

Fee-for-service

- Im Fee-for-Service-Modell kann eine separate Gebührenposition für längere Kontaktzeiten geschaffen werden. Ärzte könnten eine zusätzliche Vergütung erhalten, wenn sie nachweisen, dass sie sich angemessen Zeit für das Gespräch mit dem Patienten genommen haben. Es ist dabei wichtig, klare Richtlinien festzulegen, um zu verhindern, dass unnötige Verlängerungen der Kontaktzeit finanziell incentiviert werden.

Festgehalt

- Bei einem festen Gehalt kann eine Leistungsbeurteilung oder ein Bonusprogramm eingeführt werden, das die Qualität und Dauer der Interaktionen zwischen Arzt und Patient berücksichtigt. Ärzte, die nachweislich längere Kontaktzeiten für eine umfassende Betreuung ihrer Patienten aufwenden, würden dabei eine zusätzliche Vergütung oder einen Leistungsbonus erhalten.

Pay for Performance

- Im Pay-for-Performance-Modell könnte die Bewertung der Leistung des Arztes die Kontaktzeit als Kriterium miteinbeziehen. Durch die Gestaltung der Vergütung an sich ist hier aber weniger von einer sinnvollen zusätzlichen Incentivierung auszugehen.

Zentral ist, dass eine Zusatzvergütung für längere Kontaktzeiten nicht dazu führt, dass Ärzte unnötige oder ineffiziente Behandlungen allein aus finanziellem Interesse durchführen. Die Implementierung einer solchen Vergütung sollte mit angemessenen Qualitätskontrollen, Überwachungsmechanismen, oder der Festlegung von Zielgruppen einhergehen, um sicherzustellen, dass die zusätzliche Vergütung für tatsächlich notwendige Leistungen vergeben wird.

Gibt es eine solche Pauschale bereits?

Bisher existieren solche Zusatzvergütungen nur in sehr wenigen Ländern. In Deutschland gibt es im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, der „Vergütungstabelle“ für Kassenärzte, eine Position für zusätzliche Gesprächsminuten, wenn diese mindestens 10 Minuten betragen (Vergütung circa 14 Euro für zusätzliche 10 Minuten). Auch im schweizerischen Abrechnungssystem (TARDOC) gibt es eine Abrechnungsmöglichkeit für bis zu zusätzliche 15 Minuten für bestimmte Patientengruppen. In Österreich ist ein weiterer Gesprächstermin mit circa 14 Euro abrechenbar.¹

¹ Genauere Informationen zum schweizerischen und österreichischen System unter <https://browser.tar-tools.ch/#/tardoc/data/L/CA.00.0020> und <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.701580&version=1563526218>

2.13 Kontaktzeiten und Merkmale der Gesundheitssysteme

Im folgenden Abschnitt folgt eine Einordnung der Kontaktzeiten gegenüber anderen Indikatoren des Gesundheitswesens. Hierzu nutzen wir vor allem Daten von der europäischen Statistikbehörde Eurostat und Daten aus der SHARE Befragung (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), einer repräsentativen Befragung der Bevölkerung über 50 Jahren. Das SHARE erfasst Daten sowohl zur Inanspruchnahme ambulanter Gesundheitsleistungen als auch Informationen zu sozio-demographischen Charakteristika von Befragten aus 28 europäischen Ländern.

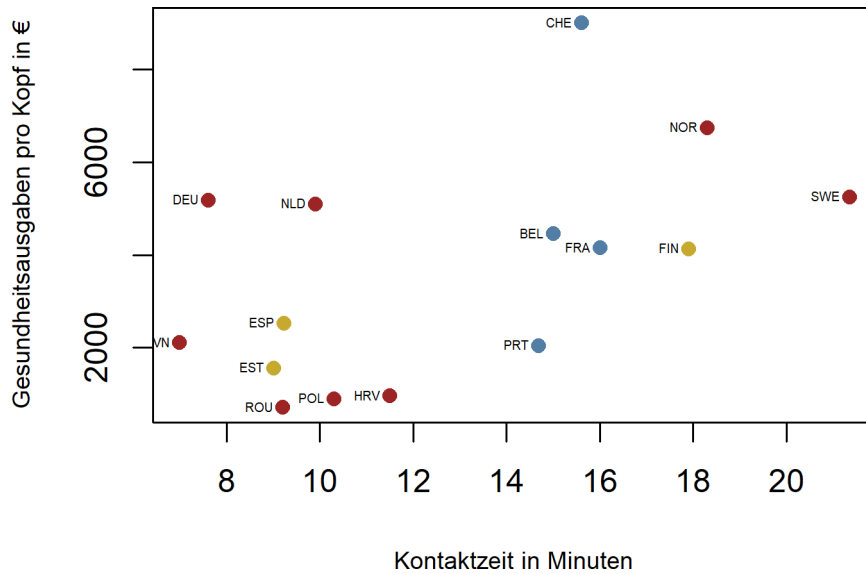
Zunächst wird die Beziehung zwischen den Gesundheitsausgaben pro Kopf und der Kontaktdauer untersucht. Dabei gibt es theoretische Argumente für einen positiven oder einen negativen Zusammenhang. Hohe Gesundheitsausgaben können die Kontaktzeit mit Patienten verlängern, falls hohe Ausgaben eine hohe Ärztedichte und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sicherstellen, sodass es Ärzten ermöglicht wird, sich intensiv und mit weniger Zeitdruck ihren Patienten zu widmen. Gleichzeitig können hohe Gesundheitsausgaben aber auch die Kontaktzeit senken, etwa wenn bestimmte komplizierte Krankheitsbilder durch ein hohes allgemeines Gesundheitsniveau der Bevölkerung vermindert auftreten oder eine hohe technisch-apparative Ausstattung der Praxen eine schnellere und effiziente Behandlung ermöglicht.

Länder nach durchschnittlicher Kontaktzeit und Gesundheitsausgaben pro Kopf, 2020				
	<1000 €	1000-3000 €	3000-6000 €	>6000 €
kürzer als 10 min	ROU	ESP, EST, SVN	DEU, NLD	
10-15 min	CRO, POL	PRT	BEL	
15-20 min			FIN, FRA	CHE, NOR
länger als 20 min			SWE	
Korrelationskoeffizient: 0.504831				

Tabelle 3: Durchschnittliche Kontaktzeit und Gesundheitsausgaben pro Kopf im Jahr 2020.

Anmerkungen: Reihen: Durchschnittliche Kontaktzeit in Minuten, Datenquelle: Irving et al. (2017). Spalten: Öffentliche Gesundheitsausgaben pro Kopf in Euro, Datenquelle: Eurostat (Health care expenditure by financing scheme). min = Minuten.

Kontaktzeit beim Arzt und Gesundheitsausgaben pro Kopf, 2020



● FFS & Kopfpauschale ● FFS ● Kopfpauschale

Abbildung 7: Durchschnittliche Kontaktzeit und Gesundheitsausgaben pro Kopf im Jahr 2020.

Anmerkungen: Horizontale Achse: Öffentliche Gesundheitsausgaben pro Kopf in Euro, Datenquelle: Eurostat (Health care expenditure by financing scheme). Vertikale Achse: Durchschnittliche Kontaktzeit in Minuten Datenquelle: Irving et al. (2017)

Tabelle 3 und Abbildung 7 verdeutlichen den Zusammenhang von Gesundheitsausgaben pro Kopf und der durchschnittlichen Kontaktzeit (Besuchsdauer). Eine erste Beobachtung ist, dass Länder mit Gesundheitsausgaben unter 3000 € pro Kopf kürzere Kontaktzeiten aufweisen. In keiner dieser Länder übersteigt die durchschnittliche Kontaktzeit 15 Minuten. Im Gegensatz dazu zeigen Länder mit Gesundheitsausgaben über 3000 € pro Kopf längere durchschnittliche Kontaktzeiten, darunter einige, die die 15-Minuten-Marke überschreiten. Es ist jedoch ersichtlich, dass höhere Gesundheitsausgaben nicht zwingend mit längeren Kontaktzeiten einhergehen. Möglicherweise spielen kulturelle oder regionale Faktoren eine Rolle. Besonders auffällig sind die nordischen Länder Finnland, Schweden und Norwegen, die die längsten durchschnittlichen Kontaktzeiten von knapp 18 bis über 21 Minuten aufweisen. Im Gegensatz dazu verzeichnen Belgien, die Niederlande und Deutschland trotz ähnlich hoher Gesundheitsausgaben im Vergleich zu den nordischen Ländern niedrigere Kontaktzeiten. Insbesondere die Niederlande und Deutschland weisen deutlich kürzere durchschnittliche

Kontaktzeiten von unter 10 Minuten auf. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein positiver Zusammenhang zwischen den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und der Kontaktzeit besteht. Es scheint, dass innerhalb Europas erst ab einem bestimmten Niveau an Gesundheitsausgaben pro Kopf (mit einer mutmaßlichen Schwelle zwischen 3000 und 4000 €) durchschnittliche Kontaktzeiten von mehr als 15 Minuten erreicht werden können, da alle Länder mit geringeren Ausgaben ausnahmslos unter dieser Schwelle liegen. Gleichzeitig erscheint es aber nicht so, dass hohe Gesundheitsausgaben notwendigerweise zu hohen Kontaktzeiten führen.

Als nächstes wird der Zusammenhang zwischen der Dichte an Allgemeinmediziner in einem Land, gemessen anhand der Anzahl an Allgemeinmediziner pro 100.000 Einwohnern, und der durchschnittlichen Kontaktzeit bei einer Konsultation betrachtet. Die Tabelle 4 sowie Abbildung 8 zeigen den Zusammenhang zwischen der Ärztedichte und der durchschnittlichen Kontaktzeit auf. Grundsätzlich wäre zu erwarten, dass eine höhere Ärztedichte die durchschnittliche Kontaktzeit erhöhen sollte, da rein rechnerisch jede Ärztin und jeder Arzt weniger Patienten zu versorgen hätte und damit mehr Zeit pro Patient aufwenden könnte. Die Knappheit von Ärztinnen und Ärzten kann ein Grund sein, warum Kontaktzeiten niedrig gehalten werden müssen. Allerdings scheint es keine nennenswerte Korrelation zwischen der Ärztedichte und der durchschnittlichen Kontaktzeit zu geben. Der Korrelationskoeffizient liegt bei unter 0,1 und ist damit vernachlässigbar klein. Hier ist jedoch zu ergänzen, dass das Aufgabenfeld von Allgemeinmediziner in verschiedenen europäischen Ländern unterschiedlich weit gefasst ist. Es kann also auch mehr Ärzte geben, die jedoch einen größeren Leistungsbereich abdecken müssen.

Länder nach durchschnittlicher Kontaktzeit und Ärztedichte, 2020				
	<50	50-75	75-100	>100
kürzer als 10 min		DEU, EST, ROU, SVN	ESP, NLD	
10-15 min	POL	CRO		BEL
15-20 min			FRA, NOR	
länger als 20 min		SWE		
Korrelationskoeffizient: 0.09276773				

Tabelle 4: Durchschnittliche Kontaktzeit und Ärztedichte im Jahr 2020.

Anmerkungen: Reihen: Durchschnittliche Kontaktzeit in Minuten, Datenquelle: Irving et al. (2017). Spalten: Ärztedichte, gemessen in der Anzahl von Allgemeinmediziner pro 100.000 Einwohnern, Datenquelle: Eurostat (Physicians by category).

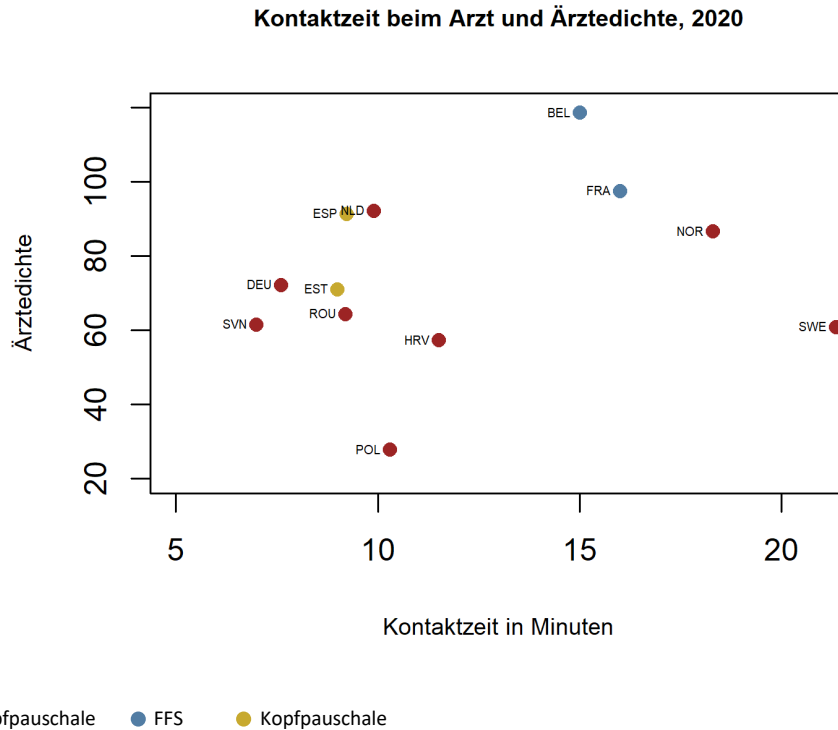


Abbildung 8: Durchschnittliche Kontaktzeit und Ärztedichte im Jahr 2020.

Anmerkungen: Horizontale Achse: Durchschnittliche Kontaktzeit in Minuten, Datenquelle: Irving et al. (2017). Vertikale Achse: Ärztedichte, gemessen in der Anzahl von Allgemeinmedizinern pro 100.000 Einwohnern, Datenquelle: Eurostat (Physicians by category)

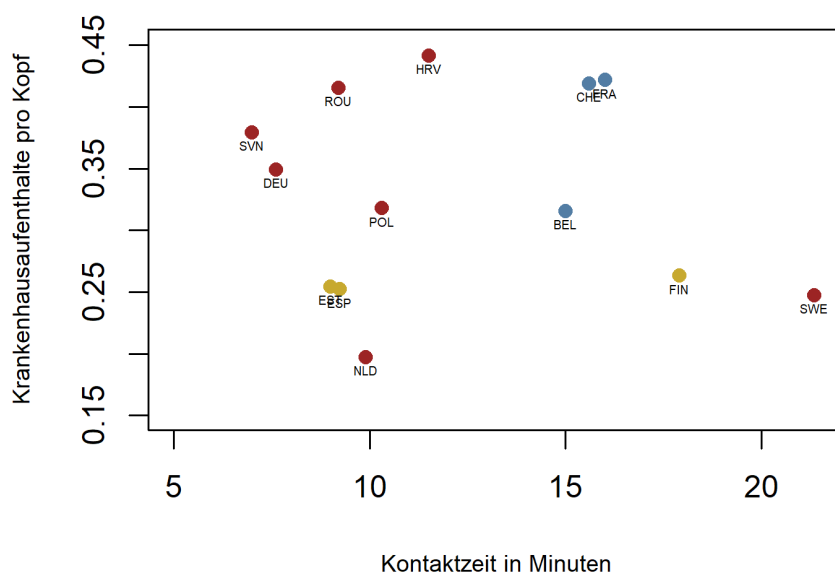
Ein weiterer Indikator, der anzeigen kann, ob medizinische Leistungen in andere Bereiche verschoben werden, ist die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausaufenthalte pro Kopf und pro Jahr. Eine unzureichende hausärztliche Versorgung, die Krankheitsbilder im frühen Stadium nicht effektiv diagnostiziert und behandelt, sollte mit einer höheren Anzahl an Krankenhausaufenthalten korrelieren. Auf der anderen Seite können lange durchschnittliche Kontaktzeiten auch positiv mit höheren Krankenhausquoten korrelieren, falls etwa das Gesundheitsniveau der Bevölkerung relativ niedrig ist oder durch längere Kontaktzeiten mehr Diagnosen überhaupt gestellt und entsprechend stationär behandelt werden. Auch hier ist zu beachten, dass sich Leistungsbereiche stark zwischen Ländern unterscheiden. So ist beispielsweise Deutschland mit seiner „doppelten Facharztschiene“, also Fachärzten, die ambulant in Praxen sowie Fachärzten, die in Krankenhäusern tätig sind eine Besonderheit. Tabelle 5 und Abbildung 9 beschreiben den Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen Kontaktzeit und den Krankenhausaufenthalten pro Kopf. Die Daten stammen aus der

SHARE Befragung, somit ist hier nur die Bevölkerung über 50 Jahren eingeschlossen. Grundsätzlich kann ein Zusammenhang in beide Richtungen bestehen.

Länder nach durchschnittlicher Kontaktzeit und Anzahl jährlicher Krankenhausaufenthalte, 2019				
	<0.25	0.25-0.325	0.325-0.4	>0.4
kürzer als 10 min	NLD	ESP, EST	DEU, SVN	ROU
10-15 min		BEL, POL		CRO
15-20 min		FIN		CHE, FRA
länger als 20 min	SWE			
Korrelationskoeffizient: -0.02755417				

Tabelle 5: Durchschnittliche Kontaktzeit und Anzahl der jährlichen Krankenhausaufenthalte im Jahr 2019.
 Anmerkungen: Reihen: Durchschnittliche Kontaktzeit in Minuten, Datenquelle: Irving et al. (2017). Spalten: Durchschnittliche Anzahl der jährlichen Krankenhausaufenthalte pro Kopf der Bevölkerung über 50, Datenquelle: SHARE.

Kontaktzeit beim Arzt und Anzahl der Krankenhausaufenthalte, 2019



● FFS & Kopfpauschale ● FFS ● Kopfpauschale

Abbildung 9: Durchschnittliche Kontaktzeit und Anzahl der jährlichen Krankenhausaufenthalte im Jahr 2019.
 Anmerkungen: Horizontale Achse: Durchschnittliche Kontaktzeit in Minuten, Datenquelle: Irving et al. (2017). Vertikale Achse: Durchschnittliche Anzahl der jährlichen Krankenhausaufenthalte pro Kopf der Bevölkerung über 50 Jahren, Datenquelle: SHARE.

Die Daten zeigen einen schwach negativen Zusammenhang zwischen der Kontaktzeit und den Krankenhausaufenthalten pro Kopf. In den osteuropäischen Ländern sind die Krankenhausquoten tendenziell etwas höher, die auch eher niedrigere Kontaktzeiten aufweisen.

3 Substitution Kontaktzeit und Kontakthäufigkeit

Im dritten Teil des Projekts wird analysiert inwieweit kürzere Kontaktzeiten zwischen Ärzten und Patienten durch häufigere Arztkontakte substituiert werden. Sehr kurze Kontaktzeiten könnten mit häufigeren Arztbesuchen korreliert sein, da pro Besuch weniger Beschwerden beziehungsweise die behandelten Beschwerden weniger intensiv angesprochen werden können. Kurze Besuche könnten entsprechend zur Folge haben, dass Patientinnen und Patienten öfter ihren Hausarzt aufsuchen. Alternativ können kurze Kontaktzeiten auch dazu führen, dass Behandlungen auf mehrere Sitzungen aufgeteilt werden, was die Anzahl der jährlichen Arztbesuche künstlich erhöhen würde. Je nach Effizienz der Besuche, kann dieser Effekt stärker oder auch schwächer ausfallen. Um diesen möglichen Substitutionseffekt zu betrachten, werden erneut Daten des SHARE sowie Eurostat Daten herangezogen.

In Tabelle 6 und in Abbildung 10 werden durchschnittliche Kontaktzeit und Anzahl der jährlichen Arztbesuche pro Patient gegenübergestellt. In der Tabelle werden die vorhandenen Daten der beiden Indikatoren in vier Kategorien eingeteilt. Die Tabelle gruppiert Länder nach Kontaktzeit (kürzer als 10 Minuten, 10-15 Minuten, 15-20 Minuten, länger als 20 Minuten) und jährlichen Arztkonsultationen (weniger als 4 Besuche pro Jahr, 4 bis 5 Besuche pro Jahr, 5 bis 7 Besuche pro Jahr, mehr als 7 Besuche pro Jahr).

Länder nach durchschnittlicher Kontaktzeit und Anzahl jährlicher Arztbesuche, 2020				
	max. 4 Besuche	4-5 Besuche	5-7 Besuche	min. 7 Besuche
kürzer als 10 min		EST, ROU	ESP, SVN	DEU, NLD
10-15 min			BEL, CRO, POL	
15-20 min	NOR	FIN, FRA		
länger als 20 min	SWE			
Korrelationskoeffizient: -0.702363				

Tabelle 6: Durchschnittliche Kontaktzeit und Anzahl der jährlichen Arztbesuche im Jahr 2020.

Anmerkungen: Reihen: Durchschnittliche Kontaktzeit in Minuten, Datenquelle: Irving et al. (2017). Spalten: Durchschnittliche Anzahl der jährlichen Arztbesuche pro Kopf, Datenquelle: Eurostat (Consultation of a medical doctor).

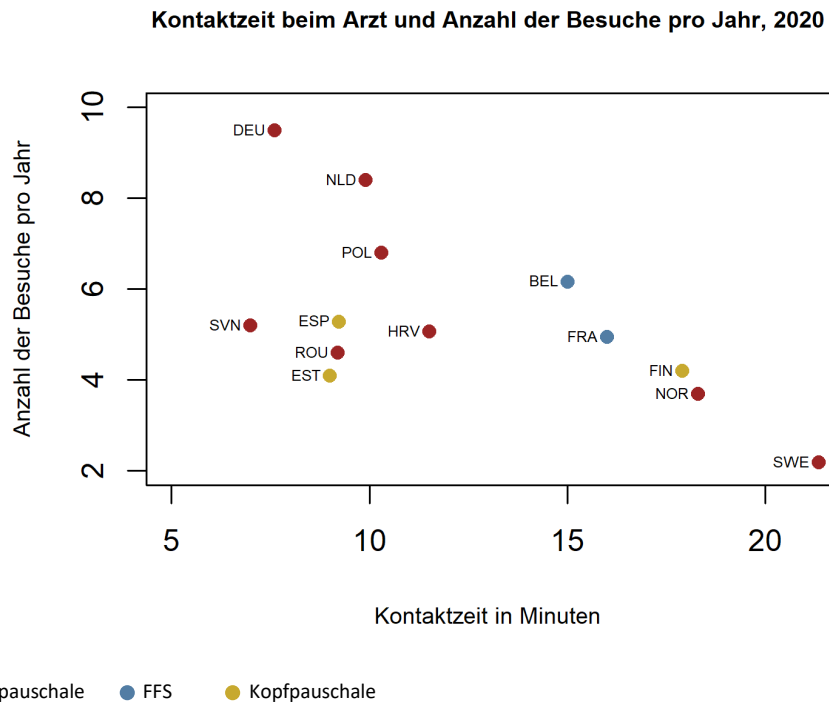


Abbildung 10: Durchschnittliche und Anzahl der Arztbesuche pro Jahr, 2020.

Anmerkungen: Horizontale Achse: Durchschnittliche Kontaktzeit in Minuten, Datenquelle: Irving et al. (2017). Vertikale Achse: Durchschnittliche Anzahl der jährlichen Arztbesuche pro Kopf, Datenquelle: Eurostat (Consultation of a medical doctor)

Aus Abbildung 10 geht eine klare negative Korrelation zwischen der durchschnittlichen Kontaktzeit und der Häufigkeit der Arztbesuche hervor. Eine längere Kontaktzeit pro ärztliche Konsultation ist mit einer geringeren Anzahl der jährlichen Arztbesuche assoziiert. Der Korrelationskoeffizient der gruppierten Daten, wie in der Tabelle dargestellt, liegt bei etwa -0,7. Insbesondere für die mittel- und nordeuropäischen Länder Deutschland, Niederlande, Belgien, Frankreich, Finnland, Norwegen und Schweden lässt sich eine fast perfekte lineare und negative Korrelation beobachten. Unter den genannten Ländern weist Deutschland mit 7:36 Minuten die kürzeste durchschnittliche Kontaktzeit, mit 9,8 Besuchen pro Jahr gleichzeitig aber die höchste Anzahl an jährlichen Arztkonsultationen auf. In Schweden als entgegengesetztes Extrem ist die durchschnittliche Kontaktzeit mit rund 21:20 Minuten fast dreimal so lang, die Anzahl der jährlichen Konsultationen beträgt mit 2,63 Besuchen pro Jahr hingegen nur fast ein Viertel des deutschen Wertes.

Auch im Vergleich mit den Daten aus der Umfrage des Commonwealth Fund ist der Zusammenhang deutlich sichtbar (Abbildung 11). Die häufigsten Kontakte pro Kopf werden in den Ländern gezählt, die einen sehr hohen Anteil an eher kurzen Besuchen in ihren Praxen haben. Dieses Bild ist auch über die Jahre konsistent.

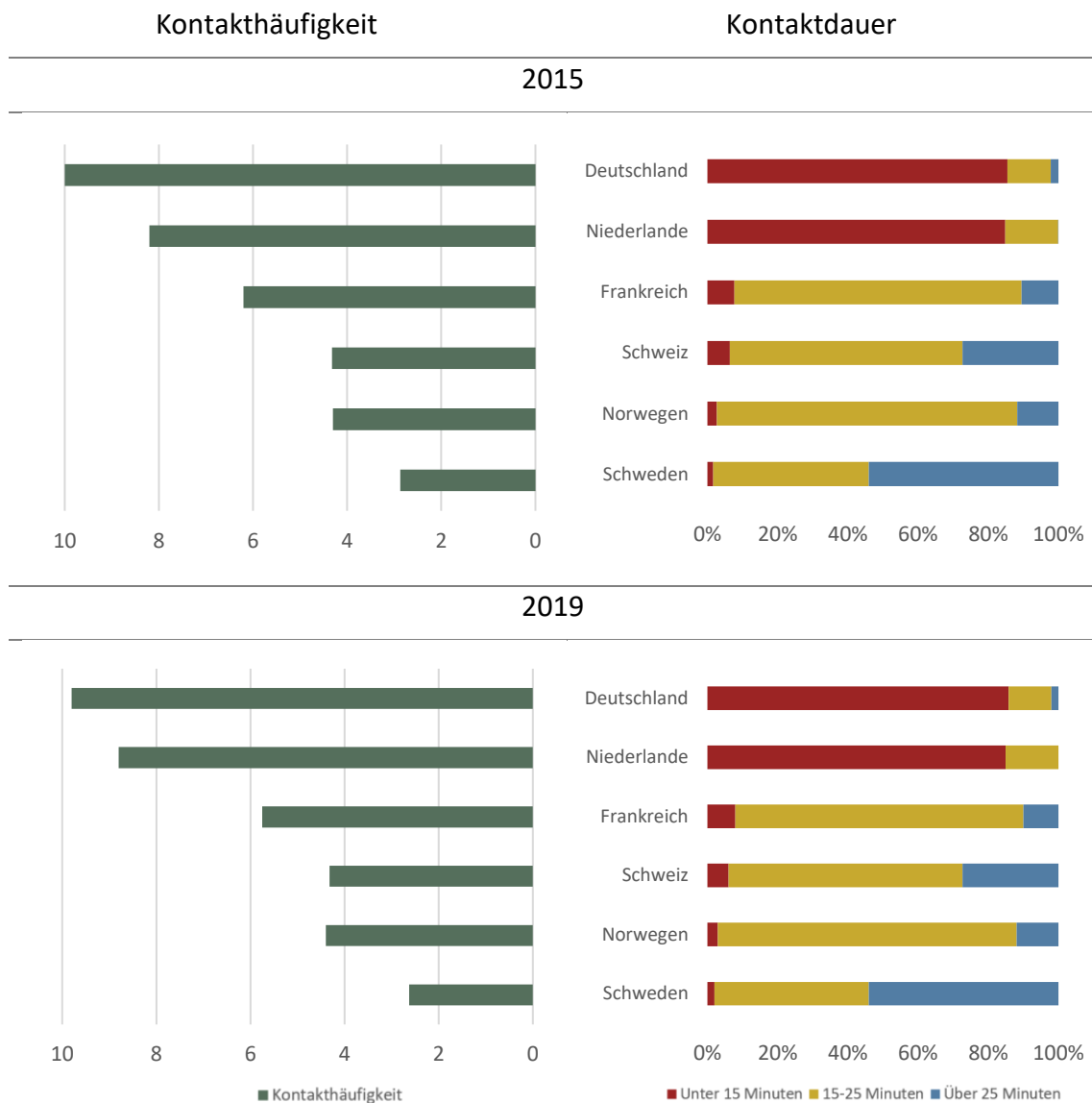


Abbildung 11: Kontakthäufigkeit und Kontaktzeit 2015 und 2019

Links: Anzahl der durchschnittlichen Arztbesuche im Jahr 2015 (oben) bzw. 2019 (unten), Datenquelle: Eurostat (Consultation of a medical doctor). Rechts: Anteile der Arztbesuche nach Dauer im Jahr 2015 (oben) bzw. 2019 (unten), Datenquelle: Commonwealth Fund, Survey of Primary Physicians 2015 & 2019.

Aus den vorliegenden Daten ermitteln wir anschließend einen Schätzwert für die jährliche durchschnittliche Kontaktzeit in Minuten, das heißt die Kontaktzeit, die ein Patient im Durchschnitt pro Jahr mit einem Allgemeinmediziner oder Allgemeinmedizinerin hat. Dazu wird pro Land die durchschnittliche Kontaktzeit pro Arztbesuch nach Irving et al. (2017) mit der durchschnittlichen Anzahl der Arztbesuche multipliziert, um die durchschnittliche jährliche Gesamtkontaktzeit zwischen Patient und Arzt zu ermitteln.

Im Extremfall, dass Kontaktzeit und Anzahl der Arztbesuche perfekte Substitute wären, würden alle Länder die gleiche durchschnittliche jährliche Kontaktzeit aufweisen. Kulturelle Unterschiede könnten beispielsweise dazu führen, dass in manchen Ländern die Kontaktzeit pro Besuch niedriger ist. Entsprechend würde eine gleichwertige Gesundheitsversorgung in Ländern mit niedrigeren Kontaktzeiten proportional durch eine höhere Besuchsfrequenz kompensiert. Umso mehr anderweitige Faktoren (wie z.B. die Vergütungsart, öffentliche Gesundheitsausgaben, technische Ausstattung der Praxen, etc.) verzerrend einwirken, umso größer sind hingegen die Schwankungen in der durchschnittlichen jährlichen Kontaktzeit zwischen den Ländern.

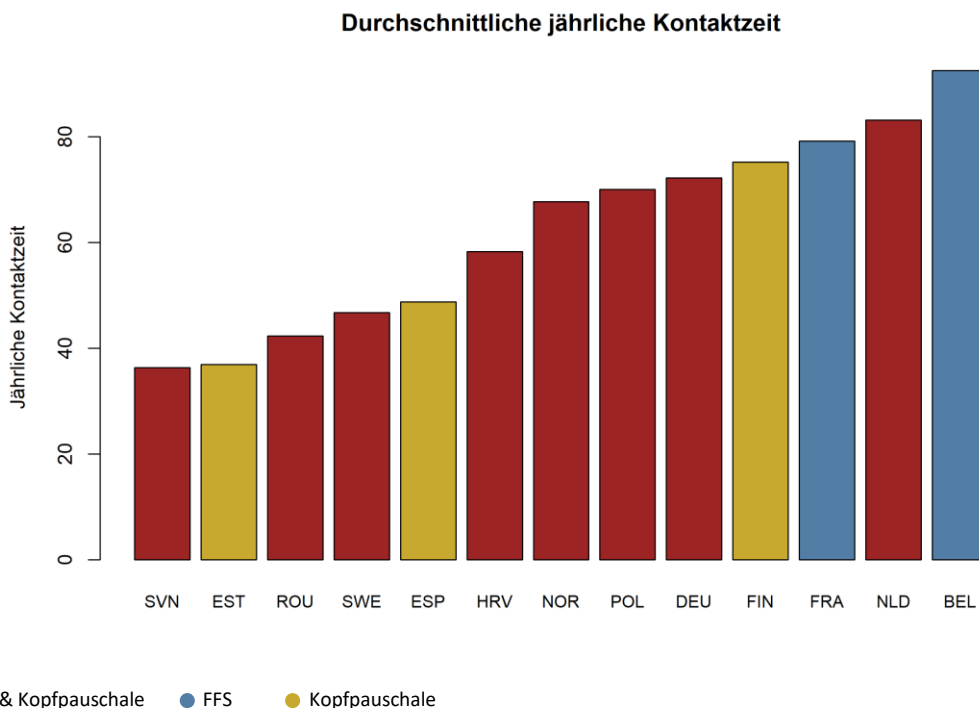


Abbildung 12: Durchschnittliche jährliche Kontaktzeit

Horizontale Achse: Länder. Vertikale Achse: Durchschnittliche jährliche Kontaktzeit in Minuten (durchschnittliche Kontaktzeit pro Arztbesuch nach Irving et al. (2017) multipliziert mit der durchschnittlichen Anzahl der Arztbesuche nach Eurostat.

Abbildung 12 zeigt die jährliche Kontaktzeit in aufsteigender Reihenfolge über die betrachteten Länder hinweg. Zunächst ist festzuhalten, dass sich die jährliche Kontaktzeit innerhalb der betrachteten europäischen Länder erheblich unterscheidet. So hat Slowenien mit rund 36 Minuten (7 Minuten pro Besuch x 5,2 Besuche pro Jahr) die geringste jährliche Kontaktzeit, während diese in Belgien mit 92:33 Minuten (15 Minuten pro Besuch x 6,17 Besuche pro Jahr) in etwa zweieinhalb Mal so hoch ausfällt.

Grundsätzlich lässt sich ebenfalls festhalten, dass das Vergütungssystem eine Rolle spielt. Unter den fünf Ländern mit den höchsten jährlichen Kontaktzeiten sind drei Länder mit reiner Fee-For-Service-Vergütung. Dies ist konsistent mit der Hypothese, dass Ärztinnen und Ärzte unter diesem Vergütungssystem möglichst viele Behandlungen vornehmen, um mehr Einkommen zu erzielen (wobei sich das Mehr an Behandlungen durch höhere jährliche Kontaktzeiten niederschlägt).

In der folgenden Tabelle sind nur die Anzahl der Arztbesuche der Bevölkerung über 50 aus der SHARE Befragung der mittleren Kontaktzeit gegenübergestellt. In der älteren Bevölkerung liegt die Nachfrage nach Hausärzten deutlich höher. Auch hier bleibt der generelle Trend erhalten und es gibt einen Zusammenhang zwischen Dauer und Anzahl der Besuche, jedoch weniger stark.

Länder nach durchschnittlicher Kontaktzeit und Anzahl jährlicher Arztbesuche (Über 50), 2020				
	4-6 Besuche	6-8 Besuche	8-10 Besuche	min. 10 Besuche
kürzer als 10 min	EST	ESP, NLD, ROU, SVN	DEU	
10-15 min		POL	HRV	BEL
15-20 min	CHE, FIN	FRA		
länger als 20 min	SWE			
Korrelationskoeffizient: -0.342939				

Tabelle 7: Durchschnittliche Kontaktzeit und Anzahl der jährlichen Arztbesuche im Jahr 2020

Anmerkungen: Reihen: Durchschnittliche Kontaktzeit in Minuten, Datenquelle: Irving et al. (2017). Spalten: Durchschnittliche Anzahl der jährlichen Arztbesuche pro Kopf in der Bevölkerung über 50 Jahren, Datenquelle: SHARE

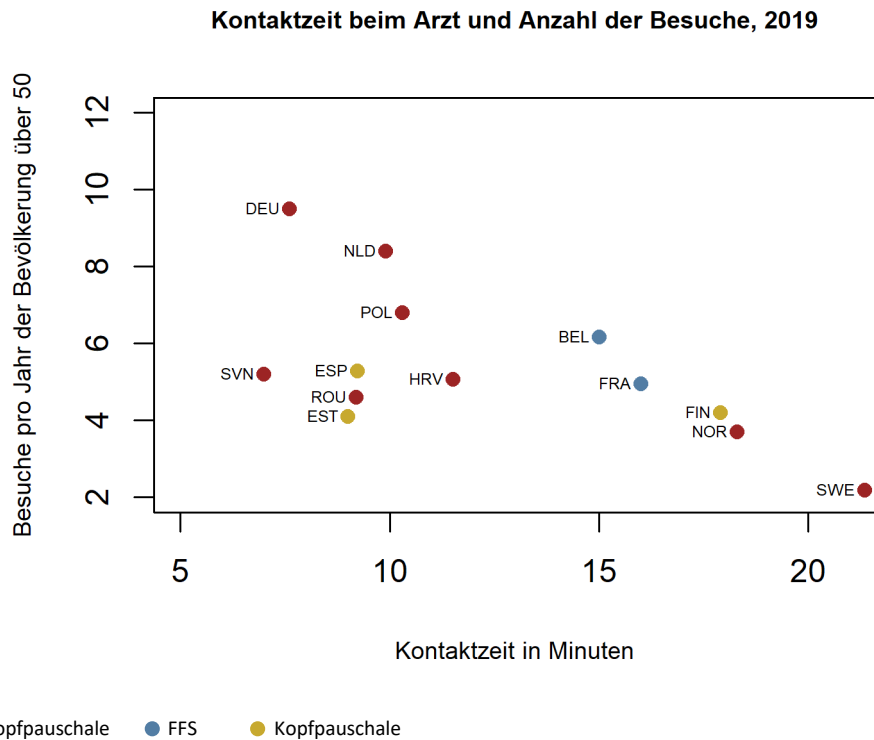


Abbildung 13: Kontaktzeit und Kontakthäufigkeit Bevölkerung über 50

Anmerkung: Durchschnittliche Kontaktzeit in Minuten, Datenquelle: Irving et al. (2017). Spalten: Durchschnittliche Anzahl der jährlichen Arztbesuche pro Kopf in der Bevölkerung über 50 Jahren, Datenquelle: SHARE

Um den durchschnittlich zu beobachtenden Effekt einer höheren Anzahl der jährlichen Arztbesuche auf die Kontaktzeit zu quantifizieren, werden lineare Regressionen mit Daten für die gesamte Bevölkerung in allen Altersklassen geschätzt. Dabei werden drei Spezifikationen betrachtet: der Effekt in absoluten Werten, das heißt der Effekt der absoluten Anzahl der jährlichen Arztbesuche auf die Kontaktzeit (Modell 1), der Effekt ausgedrückt als prozentuale Änderung der Kontaktzeit (Modell 2), sowie der Effekt als Elastizität, also die prozentuale Änderung der Kontaktzeit nach einer prozentualen Änderung der Anzahl der jährlichen Arztbesuche (Modell 3).

Lineare Regression. Abhängige Variable: Kontaktzeit			
Variable	Modell 1 Kontaktzeit	Modell 2 Log(Kontaktzeit)	Modell 3 Log(Kontaktzeit)
Konstante	20.323*** (3.264)	26.202*** (4.611)	3.455*** (0.380)
Anzahl Arztbesuche	-1.453** (0.571)	-8.446** (2.772)	
Log(Anzahl Arztbesuche)			-0.611** (0.228)
Observations	13	13	13
Adjusted R ²	0.3131	0.4085	0.3397
F-statistic	6.469**	9.286**	7.174**

Tabelle 8: OLS-Schätzergebnisse des Effekts der Anzahl der jährlichen Arztbesuche pro Kopf im Jahr 2020 auf die Kontaktzeit.

Anmerkungen: Sterne zeigen statistische Signifikanz auf dem 5% (**) bzw. 1% (***) Niveau an.

Modell 1: Lineare Regression der Anzahl der jährlichen Arztbesuche auf die Kontaktzeit.

Modell 2: Lineare Regression der Anzahl der jährlichen Arztbesuche auf die logarithmische Kontaktzeit.

Modell 3: Lineare Regression der logarithmischen Anzahl der jährlichen Arztbesuche auf die logarithmische Kontaktzeit.

In Modell 1 hat eine Änderung der Anzahl der jährlichen Arztbesuche einen signifikanten Effekt auf die Kontaktzeit. So ist eine Verringerung der jährlichen Arztbesuche um einen Besuch mit einer 1:27 Minuten längere Kontaktzeit assoziiert. Bei Modell 2 ist eine Verringerung der jährlichen Arztbesuche um einen Besuch pro Jahr mit einer 8,45% höheren Kontaktzeit assoziiert. Ausgehend vom Durchschnittswert im Datensatz, 12:29 Minuten Kontaktzeit, entspricht dies einer rund einer Minute höheren Kontaktzeit. Damit wäre das Substitutionsverhältnis von Arztbesuchen zu Kontaktzeiten noch stärker als in Modell 1. Die im Vergleich zu Modell 1 höhere F-Statistik des Modells 2 sowie des höhere angepasste R² spricht zudem dafür, dass die Spezifikation in Modell 2 die Daten besser beschreibt.

Die Schätzergebnisse aus Modell 3, jeweils ausgedrückt in Prozent, ergeben ein sehr ähnliches Bild. In diesem Modell ist eine Verringerung der Anzahl der jährlichen Arztbesuche um 10% mit einer um 6,11% höheren Kontaktzeit assoziiert. Angewandt auf die Durchschnittswerte beider Variablen im Datensatz entspricht dies approximativ einer um 1:24 Minuten längeren Kontaktzeit, wenn die Anzahl der jährlichen Arztbesuche um einen Besuch pro Jahr zurückgeht. Auch dieser geschätzte Effekt ist statistisch signifikant.

Zusammenfassend zeigen die Regressionsanalysen, dass ein Rückgang der Arztbesuche von einem Besuch pro Jahr mit einer Kontaktzeiterhöhung von ein bis eineinhalb Minuten einhergeht. Dies bestätigt die schon grafisch gefundene Korrelation.

4 Qualitative Interviews mit Ärztinnen und Ärzten

In der vorliegenden Analyse streben wir ein umfassendes Verständnis der Faktoren an, die die Dauer von Arztbesuchen beeinflussen, sowie deren potenzielle Auswirkungen in unterschiedlichen Ländern. Dabei legen wir zudem Wert darauf, die Ergebnisse aus der Literatur und den quantitativen Analysen mit praktischem Wissen und Erfahrungen zur ärztlichen Kontaktzeit zu verknüpfen.

Um dieses Ziel zu erreichen, haben wir Interviews mit Hausärztinnen und Hausärzten in verschiedenen europäischen Ländern durchgeführt, um vielfältige Perspektiven zu gewinnen. Auf diese Weise können wir die Ergebnisse unserer quantitativen Analyse auf fundiertes Wissen und institutionelle Erfahrungen aus verschiedenen Ländern stützen.

Im Rahmen der Akquise der Gesprächspartner wurden sowohl nationale Ärztekammern sowie Fachgesellschaften für Allgemein- und Familienmedizin kontaktiert. Dadurch konnten wir zehn Ärztinnen und Ärzte aus sechs Ländern für ein Gespräch gewinnen. Die Interviews wurden online über Zoom durchgeführt und dauerten etwa 15 Minuten. Die Interviews wurden in drei thematische Blöcke aufgeteilt, wobei ein vorher angefertigter, standardisierter Fragebogen als Leitfaden zur Verfügung stand.

Eingangs wurden in den Interviews verschiedene grundlegende Informationen zu Arzt oder Ärztin sowie Praxis abgefragt, zum Beispiel wie viele Jahre der Arzt oder die Ärztin bereits praktiziert oder um welche Art von Praxis es sich handelt. Wir wollten außerdem wissen, wie viele Patientinnen und Patienten im Durchschnitt innerhalb einer Woche behandelt werden. Im zweiten Block wurden Fragen zur Besuchsdauer gestellt. Wir fragten, wie lange die ärztliche Kontaktzeit im Schnitt pro Patientin und Patient ist. Daraufhin wollten wir eine Einschätzung, ob diese Zeit ausreichend erscheint und ob es signifikante Faktoren beziehungsweise Fälle gibt, die bedeutend mehr oder weniger ärztliche Kontaktzeit in Anspruch nehmen. Dieser zweite Fragenblock drehte sich zudem um die Faktoren, die nach der Meinung der Ärztin oder des Arztes maßgeblich die Dauer eines Arztbesuchs beeinflusst. Wir wollten wissen, was die Konsequenzen von Zeitmangel sind sowie potentielle Folgen, wenn die Ärztinnen und Ärzte signifikant mehr Zeit für ihre Patienten hätten als üblich.

Da in jedem Land die Kostenerstattung beziehungsweise Vergütung für Ärzte unterschiedlich organisiert ist, haben wir im dritten und letzten Teil der Interviews Fragen zur Besuchsdauer im institutionellen Rahmen gestellt. Wir wollten in Erfahrung bringen, wie im jeweiligen Land beziehungsweise Gesundheitssystem die Patientenbesuche abgerechnet werden. So kann es je nach Land einen fixen Betrag pro Patientenbesuch geben, oder auch einzelne

Leistungen oder Behandlungen abgerechnet werden (vergleiche Kapitel 3.2). Interessant ist zudem, ob in dem jeweiligen Vergütungssystem eine Form der Sondervergütung für zusätzliche ärztliche Kontaktzeit existiert.

4.1 Ergebnisse

An den Interviews haben Ärztinnen und Ärzte, aus Deutschland, Österreich, Italien, Frankreich, Spanien und Estland teilgenommen. Neun der Ärztinnen und Ärzte waren Allgemeinmediziner beziehungsweise Hausärzte, zudem sprachen wir mit einem Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Acht der Ärztinnen und Ärzte arbeiten in einer Gruppenpraxis beziehungsweise in einem medizinischen Versorgungszentrum und zwei in einer Einzelpraxis. Die Spannweite der ärztlichen Erfahrung ist breit: Die Ärzte praktizieren seit 7 bis 36 Jahren insgesamt, im Durchschnitt sind es 17 Jahre. Auch die Anzahl an behandelten Patientinnen und Patienten pro Woche ist sehr unterschiedlich: Während in Österreich und Estland zwischen 150 und 200 Patientinnen und Patienten in der Woche behandelt werden, sind es in Frankreich nur etwa 100. In Deutschland liegt die Anzahl zwischen 100 und 250 pro Woche.

Die angegebene durchschnittliche ärztliche Kontaktzeit für eine Patientin beziehungsweise Patienten lag in Frankreich bei etwa 20 Minuten, während es in Österreich nur 10 bis 15 Minuten sind. Estland hingegen bietet trotz der großen Anzahl an durchschnittlichen Patienten pro Woche eine zudem relativ lange ärztliche Kontaktzeit von bis zu 30 Minuten. Die Spanne bei deutschen Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich der Kontaktzeit liegt zwischen 5 und 30 Minuten. Interessant ist, dass alle Ärztinnen und Ärzte aus den Ländern ihre jeweilig verfügbare Zeit als adäquat einstufen.

Es gibt mehrere genannte Faktoren, die doch einmal zu längeren Besuchszeiten führen können. Komplexe medizinische Fragestellungen, Unsicherheiten bei der Diagnose, die Beschäftigung mit psychischen und mentalen Problemen oder spontane Sprechstunden bei akutem ärztlichem Bedarf verlängern die ärztliche Kontaktzeit. Außerdem spielt die soziale Komponente eine größere Rolle, sodass Gesprächsbedarf auf Seiten der Patienten die Kontaktzeit verlängert. Weitere Faktoren, die zu längeren Kontaktzeit führen können, sind notwendige Überweisungen an Fachärzte durch den Hausarzt, Sprachbarrieren, das Erläutern von Medikamenten und deren Wechselwirkungen sowie die Neuaufnahme von Patienten.

Trotz dieser potentiellen Faktoren sind sich die Fachleute einig, dass sie grundsätzlich nicht mehr Zeit benötigen. Fragt man die Ärztinnen und Ärzte nach den Folgen, wenn sie doch mal zu wenig Zeit pro Patienten hätten, würden die Ärzte weniger eigenständige Diagnostik betreiben und zeitintensive Tätigkeiten auslagern. Die Ärztinnen und Ärzte sehen hier die

zunehmende Wahrscheinlichkeit für eine gewisse Unzufriedenheit bei ihren Patientinnen und Patienten, sowie die Sorge, dass die wichtige soziale Komponente beziehungsweise ein adäquates Maß an zwischenmenschlichem Verhalten leidet. Zudem sehen sie eine höhere Anfälligkeit für Fehler bei Anamnese und Diagnose.

Daraufhin fragten wir die Ärzte, was die Folgen im Umkehrschluss von mehr ärztlicher Kontaktzeit für sie seien. Ein genannter Vorteil sei die Möglichkeit, dass sich die Ärztinnen und Ärzte noch intensiver mit dem Patienten auseinandersetzen beziehungsweise besprechen. Ein weiterer genannter Vorteil ist die Möglichkeit für verstärkte Prävention, sofern mehr Zeit verfügbar sei. Für die Ärzteschaft selber könne mehr ärztliche Kontaktzeit zudem zu einem verminderten Stresslevel führen. Nachteilig wurde angeführt, dass mehr ärztliche Zeit durch die Patientinnen und Patienten nicht immer effizient und zielgerichtet genutzt werde und so im Rahmen der Anamnese beispielsweise unnötig Zeit verloren gehen könne. Hier könne aber auch der Fall eintreten, dass übermäßig viel Input generiert wird, der nicht immer zwingend zielführend oder notwendig sein muss.

Hinsichtlich der Fragen des letzten Themenblocks im Interview zu den jeweiligen Vergütungsstrukturen, befragten wir Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Ländern mit unterschiedliche Vergütungsstrukturen. In unserer Stichprobe befinden sich sowohl Systeme die per Kopfpauschale, über Fee-for-Service, eine Mischung aus beiden Möglichkeiten als auch über ein Festgehalt vergüten (siehe Tabelle 1 für die jeweiligen Länder). Eine Möglichkeit, eine längere Kontaktzeit über eine Sondervergütung abzugelten gab es nicht oder nur eingeschränkt im Falle besonders aufwendiger Visiten. Die Ärztinnen und Ärzte waren der Meinung, dass eine Sondervergütung nicht zwingend längere Besuche nach sich ziehen würde. Für sie wäre es aber hilfreich, sobald Besuche durch eine erhöhte Komplexität wesentlich länger dauern sollten.

Nachgefragt: Digitalisierung für mehr Kontaktzeit?

Im Rahmen der Interviews wurden die Ärztinnen und Ärzte aus den verschiedenen Ländern beziehungsweise Gesundheitssystemen zudem gefragt, ob Digitalisierung, im weitesten Sinne, die Zeit für Patientinnen und Patienten verlängern oder effizienter nutzbar machen könne. Hier sind die meist genannten Punkte zusammengefasst:

Beschleunigte Prozesse: Die Nutzung digitaler Systeme kann dazu beitragen, verschiedene Prozesse in der Sprechstunde zu beschleunigen. In den verschiedenen Gesundheitssystemen können dabei Zeitgewinne bei Überweisungen zu Spezialisten, dem Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder der Bewilligung von Medikamenten erzielt werden.

Effizientere Praxisverwaltung: Im Besonderen kann die Digitalisierung die Verwaltung effizienter gestalten. Durch Online-Terminvereinbarungen, eine papierlose Verwaltung, können Ressourcen gespart und die Abläufe in der Praxis optimiert werden. Die Nutzung von E-Rezepten erleichtert die Arzneimittelverwaltung.

Schnellerer und besserer Zugriff auf Informationen: Digitale Systeme bieten den Vorteil, dass Ärztinnen und Ärzte schnellen Zugriff auf umfassende und aktuelle Patientendaten haben. Digitaler Zugriff auf Laborergebnisse oder die elektronische Patientenakte vermeiden Doppeluntersuchungen und ermöglichen schnellere und genauere Diagnosen und Therapieentscheidungen. Videosprechstunden ermöglichen sowohl Ärztinnen und Ärzten als auch Patientinnen und Patienten eine effizientere und zeitsparende Kontaktaufnahme.

Die Digitalisierung könne bei administrativen Aufgaben unterstützen und Zeitersparnisse sowie Effizienzgewinne erzielen, wodurch mehr Zeit für den tatsächlichen Kontakt mit Patientinnen und Patienten bliebe. Die Zeit, die Ärztinnen und Ärzte für persönliche Interaktionen mit ihren Patienten aufwenden, sei aber nach wie vor von entscheidender Bedeutung und dürfe nicht vernachlässigt werden. Um die Vorteile der Digitalisierung in Vollem Umfang zu nutzen, fordert die Ärzteschaft deren entsprechende Berücksichtigung in den respektiven Vergütungssystemen sowie eine professionelle Implementation, die der tatsächlichen ärztlichen Kontaktzeit zu Gute kommt.

4.2 Ergebnisse im Kontext der wissenschaftlichen Literatur

Die Erfahrungen und Einschätzungen der Ärzte aus den Interviews spiegeln Ergebnisse der Analyse der wissenschaftlichen Literatur wider.

Betrachten wir die Patientencharakteristika und deren Einfluss auf die ärztliche Kontaktzeit bestätigen die Ärztinnen und Ärzte, dass beispielsweise die Anzahl der Diagnosen, deren Komplexität und psychologische Erkrankungen die Kontaktzeit signifikant verlängern können. Auch ein hohes Alter der Patientinnen und Patienten, sowie Sprachbarrieren verlängern die Kontaktzeit. Sofern ein Patient neu in der Praxis aufgenommen wird, konnte auch hier eine in der Literatur beschriebene verlängerte Kontaktzeit durch unsere Interviews bestätigt werden.

Hinsichtlich der Charakteristika der Ärzte können die Interviews die Literatur nur teilweise bestätigen. Während Sandvik (2019) beispielsweise einen negativen Zusammenhang zwischen der Erfahrung einer Ärztin oder eines Arztes und der Konsultationsdauer feststellt, lässt sich dieser Zusammenhang nicht durch die Aussagen der von uns befragten Ärztinnen und Ärzte bestätigen. So hatten wir in der Stichprobe relative erfahrene Ärzte mit exakt gleicher Anzahl an Jahren die sie praktizieren; jedoch stellte eine Befragte beispielsweise im Schnitt 30 Minuten pro Patienten zur Verfügung, während es für die andere Befragte nur 15 Minuten waren. Die Interviews scheinen aber auch die Literatur in der Hinsicht zu bestätigen, dass eine eher kürzere Kontaktzeit bei Ärzten dazu führt, keine vollumfängliche Diagnose stellen zu können.

Die Ergebnisse zu den Arztcharakteristika, spiegeln sich in weiteren Aussagen der Interviews wider. Vorteile einer längeren Kontaktzeit wären die bessere Fähigkeit mit komplexen Fällen umzugehen, eine daraus resultierende bessere Entscheidungsfindung und weniger Stress, sowie mehr Zeit, um mit dem Patienten über potentielle Interventionen zu sprechen. Wie in Murdoch (2020) beleuchtet, fürchten Ärzte aber auch, dass weniger Termine zur Verfügung stehen würden, wenn sich die Dauer der einzelnen Termine verlängern würde.

Der überwiegende Teil der in den Interviews übermittelten Erfahrungen aus der Praxis dreht sich um den Einfluss von Patientencharakteristika bzw. Arzt- und Praxischarakteristika auf die ärztliche Kontaktzeit. Hinsichtlich des Einflusses von Shared Decision Making wird die Literatur durch die Interviews bestätigt, sofern die Ärztinnen und Ärzte die Thematik ansprechen: Wie die Hausärztinnen und Hausärzte vereinzelt berichten führe eine längere Kontaktzeit tendenziell auch zu einem höheren Maß an gemeinsamer Entscheidungsfindung.

Der Einfluss von mehr oder weniger ärztlicher Kontaktzeit auf die Patientenzufriedenheit ist in der Literatur ambivalent. Wie in Kapitel 2.5 beschrieben, kann sowohl eine längere als auch kürzere Kontaktzeit positiv durch die Patientin und den Patienten aufgefasst werden. Die Studien deuten in die offensichtliche Richtung, dass die ärztliche Kontaktzeit vor allem angemessen lang sein sollte. Dies kann auch durch die Interviews bestätigt werden: Eine angemessene ärztliche Kontaktzeit führe vor allem über die gesteigerte Zwischenmenschlichkeit und das Gefühl als Patientin und Patient nicht abgefertigt zu werden zu einer höheren Zufriedenheit laut der Ärzteschaft.

Während die Ergebnisse der Literatur hinsichtlich des Einflusses von Digitalisierung auf die ärztliche Kontaktzeit gemischt sind, zeigt unsere abschließende Interviewfrage, dass Ärztinnen und Ärzte Digitalisierung in verschiedensten Ausprägungen als sehr relevant sehen und aktuell dabei sind verschiedene Maßnahmen in der Praxis zu implementieren. Digitalisierung kann Prozesse beschleunigen, die Praxisverwaltung effizienter gestalten und einen schnelleren Zugriff auf eine Vielzahl an Informationen bieten. Werkzeuge wie die Videosprechstunde oder Online-Terminvergabe werden als helfend und unterstützend wahrgenommen, während eine allgemein schlecht ausgebaute EDV als großer Hemmer gesehen wird. Hinsichtlich der genauen Richtung des Einflusses auf die ärztliche Kontaktzeit gibt es, wie in der Literatur, aber keine klaren Ergebnisse. So zeigen die Interviews zum Beispiel, dass durch Digitalisierung zwar bessere Tools bei Anamnese oder Diagnose bereitstehen, diese aber bei Ärztinnen und Ärzten nicht zwingend zu mehr verfügbarer Zeit im Patientengespräch führen müssen.

4.3 Ergebnisse im Kontext verschiedener Vergütungsstrukturen

Die Anzahl der Länder, in denen die von uns interviewten Ärztinnen und Ärzte praktizieren ist tendenziell zu klein, um sie in einen direkten Vergleich mit unseren quantitativen Ergebnissen der großen Studien wie zum Beispiel der SHARE Survey zu setzen. Dennoch bieten die Interviews eine anekdotische Evidenz, inwiefern ärztliche Zeit vergütet wird und vor allem, ob Ärztinnen und Ärzte denken, dass eine zusätzliche Vergütung zu mehr ärztlicher Kontaktzeit führt, beziehungsweise führen würde.

Bezüglich unseres Ergebnisses, dass Fee-for-Service Systeme eher mit längeren Kontaktzeiten assoziiert sind, finden wir keine anekdotische Unterstützung. In Estland beispielsweise, wo über eine Kopfpauschale vergütet wird, wurde in den Interviews die längste Kontaktdauer unter allen Ländern berichtet. Das steht in Kontrast zu den Ergebnissen aus Tabelle 2 in Kapitel 3.4, die indikativ sind für eine tendenziell kürzere ärztliche Kontaktzeit sobald über

eine feste Summe vergütet wird und eine längere Kontaktzeit sobald einzelne Leistungen abgerechnet werden können. Während es in Deutschland oder Österreich eine Möglichkeit gibt zusätzliche ärztliche Kontaktzeit für bestimmte Patientengruppen abzurechnen (siehe Kapitel 3.2), war das für Ärztinnen und Ärzte aus Estland oder Frankreich nicht möglich.

Grundsätzlich wird eine Sondervergütung für längere ärztliche Kontaktzeit auch ambivalent gesehen. Während Ärztinnen und Ärzte es in Teilen als sinnvoll für besonders komplexe und zeitintensive Fälle empfinden, gibt es auch Stimmen die dem entgegenstehen und potentielle Fehlanreize zu einer künstlichen Verlängerung der ärztlichen Kontaktzeit sehen.

Die in Deutschland praktizierenden Ärzte bestätigen jedoch die durchschnittlich relativ kurzen Kontaktzeiten, die wir auch in den Daten feststellen konnten. In den Interviews wurde darauf hingewiesen, dass bei Zeitmangel das vereinbaren eines weiteren Folgetermins durchaus ein gängiges Prozedere ist.

5 Diskussion

Im vorliegenden Bericht wird eine umfassende Literaturrecherche zu den möglichen Einflussfaktoren und Auswirkungen der Länge von ärztlichen Kontaktzeit vorgestellt, ein deskriptiver Überblick über Kontaktzeiten in Europa gegeben und die Ergebnisse von qualitativen Interviews dargestellt.

In der Literaturrecherche konnten vor allem Korrelationsstudien in sehr spezifischen Kontexten beispielsweise hinsichtlich Land, Untersuchungsgegenstand oder methodischem Ansatz und mit kleinen Fallzahlen identifiziert werden. Grundsätzlich ist der Forschungsstand zum Thema Kontaktzeit schwach ausgeprägt. Der Mangel an hochwertigen Studien lässt sich vor allem an der Schwierigkeit Daten zur Kontaktzeit zu erheben erklären, da diese Informationen nicht als Prozessdaten, wie zum Beispiel bei der Abrechnung, entstehen. Potenziell vorhandene Daten aus Praxisverwaltungssystemen lassen sich wiederum nicht systematisch für empirische Studien verwenden, da Ärzte und Ärztinnen diese Daten nicht sammeln oder teilen müssen.

Hinsichtlich der Einflussfaktoren auf die ärztliche Kontaktzeit zeigt die bestehende Literatur vor allem, dass die Einflüsse dieser Faktoren in verschiedenen Studien sehr heterogen sind. So zeigt beispielsweise die Literatur zum Einfluss von Arztcharakteristika teils eine Zunahme der Kontaktzeit mit dem Alter der Ärztinnen und Ärzte, teilweise aber auch keinen Zusammenhang. Konsistent sind die Ergebnisse der Literatur hingegen dahingehend, dass erfahrenere Ärztinnen und Ärzte zu kürzeren Konsultationen neigen und Ärztinnen tendenziell mehr Zeit mit ihren Patienten verbringen als ihre männlichen Kollegen. Hinsichtlich Praxischarakteristika ist die Literatur besonders bei den Effekten der Digitalisierung auf die Länge der Kontaktzeit sehr heterogen, da die Untersuchungsgegenstände individuell und spezifisch sind. Entsprechend werden einige Anwendungen als hilfreich, andere als sehr zeitaufwendig eingestuft werden. Die im Rahmen dieses Projekts befragten Ärztinnen und Ärzte sehen allerdings eine funktionierende digitale Grundstruktur als zentral für das effiziente Betreiben einer hausärztlichen Praxis insgesamt, und damit auch indirekt für genügend Zeit für Patienten an.

Patientencharakteristika wie Geschlecht, Alter und sozioökonomischer Status haben einen in der Literatur vielfach bestätigten Einfluss auf die ärztliche Kontaktzeit. Der wichtigste Faktor ist hier das Vorliegen von Multimorbidität. Die Besuchsdauer erhöht sich, umso mehr

Erkrankungen bzw. Diagnosen eine Patientin oder ein Patient aufweist. Darüber hinaus verbringen Frauen sowie ältere Patienten mehr Zeit mit ihren Ärztinnen und Ärzten. Zudem zeigt sich, dass Patienten mit höherem sozioökonomischem Status in der Regel längere Konsultationen haben. In der Literatur nur wenig beachtet, aber in den im Rahmen des Projekts durchgeführten Interviews mit Ärztinnen und Ärzten als wichtigen Faktor auf Patientenseite genannt, ist der Umgang mit psychischen Erkrankungen. Um diese zu diagnostizieren und eine notwendige Vertrauensbasis zu schaffen, bedarf es mehr Zeit als bei somatischen Erkrankungen.

Mit Blick auf den Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten zeigt sich, dass sich längere Kontaktzeiten nicht wesentlich oder aber positiv auswirken. Analog gilt dies für die Anwendung von Shared Decision Making. Längere Konsultationen können die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Ärztin oder Arzt und Patient begünstigen. Allerdings nehmen einige Patientinnen und Patienten längere Kontaktzeiten auch als unangemessen wahr und weisen dann eine niedrigere Patientenzufriedenheit auf. Die Ergebnisse zeigen auf, dass der Nutzen der Kontaktzeit sehr individuell und kontextabhängig ist und somit von Ärztinnen und Ärzten stark abgewogen werden muss, unter welchen spezifischen Umständen eine längere Kontaktzeit Vorteile verspricht.

Während in der Literatur die Auswirkungen von unterschiedlichen Kontaktzeiten auf die Inanspruchnahme weiterer medizinischer Leistungen, wie etwa Prävention oder Medikamenten, uneindeutig ist, zeigen vor allem die deskriptiven Analysen verschiedener europäischer Länder in diesem Projekt, dass ein klarer Substitutionseffekt zwischen der Kontaktzeit und der Anzahl der Hausarztbesuche besteht. Kürzere und häufigere Besuche gehen außerdem mit einer höheren Jahresgesamtkontaktzeit einher. Somit entstehen eine größere Nachfrage nach ärztlichen Ressourcen und damit potentiell auch höhere Gesamtkosten. Die zur Verfügung stehenden ärztliche Ressourcen, in unseren Analysen gemessen durch die Ärztedichte, scheinen jedoch nicht mit der Kontaktzeit pro Besuch zu korrelieren und sind somit keine Determinante einer längeren Konsultation.

Neben diesen individuellen Faktoren wird zusätzlich der Zusammenhang zwischen Vergütung und Kontaktzeit untersucht. Allgemein setzt die Art der Vergütung Anreize für die Erbringung von ärztlichen Leistungen. Es gibt allerdings kaum Studien in der Literatur die sich mit diesem Zusammenhang auseinandergesetzt haben. Die bisherige Evidenz deutet darauf hin, dass die Art der Vergütung in vielen Fällen nicht im Zusammenhang mit der Kontaktzeit

steht oder teilweise Vergütungselemente die Kontaktzeit erhöhen können. Auch in den qualitativen Interviews mit Ärztinnen und Ärzten wird die Vergütungshöhe nicht als Einflussfaktor für die Konsultationslänge erachtet. Da sich die meisten Ärztinnen und Ärzte in ihrer Laufbahn allerdings nur innerhalb eines Vergütungssystems bewegen, ist für sie das Abschätzen des Effekts unterschiedlicher Vergütungsarten im Gegensatz zur Höhe sehr abstrakt. In der deskriptiven Analyse der Länderdaten jedoch zeigen sich Trends hinsichtlich der Vergütungsart. Die Kontaktzeit scheint geringer umso höher der Anteil der Kopfpauschalen im Vergleich zur Fee-for-Service an der Vergütung ist. Dies impliziert, dass das Gesamtsystem einen Einfluss haben kann, dass dieser Einfluss jedoch sehr schwer im Gegensatz zur reinen Höhe der Vergütung zu messen ist.

Im europäischen Ländervergleich lässt sich auch erkennen, dass durchschnittlich kürzere Kontaktzeiten durch häufigere Kontakte substituiert werden. Außerdem weisen Länder mit hohen Gesundheitsausgaben auch längere durchschnittliche Kontaktzeiten auf.

Die bisherigen, sehr heterogenen Ergebnisse unterstreichen die Komplexität des Themas und die Notwendigkeit weiterer Forschung, insbesondere unter Verwendung quantitativer und kausaler Studien mit größeren Stichproben, um generalisierbare Ergebnisse zu erzielen. Hervorzuheben ist, dass keine eindeutige Schlussfolgerung über die optimale Kontaktzeit gezogen werden kann. Dies liegt vor allem daran, dass bislang keine (quasi-)experimentellen Studien zu diesem Thema vorliegen. Folgende Forschungsfelder und –fragen sind aus diesem Bericht heraus genauer zu bearbeiten:

1. **Kontakt- und Wartezeiten systematisch erfassen:** Es braucht eine systematische Erfassung nach gleicher Methodik über Länder hinweg. Eine große Chance bietet hier die Verbreitung besserer Praxissoftware zur Sammlung von qualitativ hochwertigen Daten und Kooperationen zwischen Arztpraxen und Wissenschaft zur Datenauswertung.
2. **Kausale Zusammenhänge untersuchen:** Es ist erforderlich, kausale Zusammenhänge zwischen den identifizierten Einflussfaktoren und der ärztlichen Kontaktzeit genauer zu erforschen. Dies erfordert quantitative Studien mit größeren Stichproben und idealerweise randomisierten Experimenten, um präzisere Schlüsse ziehen zu können. Da Experimente sich in diesem Bereich ethisch schwierig gestalten können, sind mit großen Datenmengen, wie in Punkt 1 vorgeschlagen, statistische Methoden (z. B. Matching Ansätze) denkbar, um kausale Zusammenhänge zu zeigen.

3. **Wahl von Kontakthäufigkeit und Kontaktdauer:** In der Literatur gibt bisher keine Evaluation, ob häufigere oder längere Besuche für die Versorgungsqualität und die Effizienz des Gesundheitssystems von Vorteil sind. Hier ist vor allem die medizinische Forschung gefragt, die gesundheitlichen Folgen zu untersuchen und die Gesundheitsökonomie um die Kostenseite auf Basis der medizinischen Ergebnisse zu beleuchten. Mithilfe der in Punkt 1 und 2 angesprochenen Daten und Methoden kann ein Rahmen definiert werden, um für verschiedenen Patientengruppen bzw. -charakteristika eine optimale Kontaktzeitspanne zu finden, um einerseits die Gesundheit der Patienten und die Qualität der Versorgung zu verbessern und andererseits die knappen Ressourcen effizient zu nutzen.

6 Fazit

Die Untersuchung der ärztlichen Kontaktzeit und ihrer Einflussfaktoren ist ein komplexes und multidimensionales Forschungsfeld. Der vorliegende Bericht verdeutlicht die Vielfalt der Faktoren, die die Kontaktzeit beeinflussen können, und die Herausforderungen, die mit der Definition einer optimalen Kontaktzeit verbunden sind. **Die Daten zeigen, dass Deutschland durch sehr kurze Kontaktzeiten bei besonders vielen Arztkontakten auffällt. Für die gesundheitspolitische Diskussion über die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung muss geklärt werden, ob diese Form der Leistungserbringung gesellschaftlich gewünscht und wirtschaftlich nachhaltig ist.**

Gesundheitspolitische Reformen sind aufgrund der pfadabhängigkeit der Systeme und der vielen beteiligten Institutionen mit jeweils eigenen Interessen sehr aufwändig. Dennoch werden Trends wie eine stetig alternde Bevölkerung, steigende Sozialversicherungsbeiträge, ein zunehmender Mangel an Ärztinnen und Ärzten, eine voranschreitende Ambulantisierung medizinischer Leistungen und vermehrten Möglichkeiten Versorgung auch digital zu erbringen, weitere Anpassungen durch Reformen in der hausärztlichen Versorgung notwendig machen.

Im Besonderen werden diese Trends weiter dazu beitragen, dass die ärztliche Kontaktzeit nach wie vor ein knappes Gut bleibt. Zukünftige Reformen sollten dahingehend berücksichtigen, dass die ärztliche Kontaktzeit, möglichst effizient verteilt und genutzt wird, um eine qualitativ hochwertige hausärztliche Versorgung zu gewährleisten. Der Status Quo in der deutschen hausärztlichen Versorgung hinsichtlich einer kurzen Kontaktdauer bei frequenten Arztbesuchen sollte bei dahingehenden Reformen berücksichtigt werden.

Um für eine Reform notwendige Politikberatung in diesem Bereich bieten zu können, muss insbesondere in Deutschland die bessere Erfassung und Auswertung von Daten angegangen werden. Eine gezielte und evidenzbasierte Gestaltung der Versorgung und dem dahinterstehenden Vergütungssystem ist unabdingbar, um die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern, die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sicherzustellen und gleichzeitig die Effizienz im Gesundheitssystem zu steigern. Dies erfordert eine koordinierte Anstrengung aller Beteiligten.

7 Literaturverzeichnis

- Abbo, E. D., Zhang, Q., Zelder, M., & Huang, E. S. (2008). The Increasing Number of Clinical Items Addressed During the Time of Adult Primary Care Visits. *Journal of General Internal Medicine*, *23*(12), 2058–2065. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0805-8>
- Abdulkader, R. S., Venugopal, D., Jeyashree, K., Al Zayer, Z., Senthamarai Kannan, K., & Jebitha, R. (2022). The Intricate Relationship Between Client Perceptions of Physician Empathy and Physician Self-Assessment: Lessons for Reforming Clinical Practice. *Journal of Patient Experience*, *9*, 237437352210775. <https://doi.org/10.1177/2374373522107757>
- Ananthakrishnan, A. N., McGinley, E. L., & Saeian, K. (2010). Length of Office Visits for Gastrointestinal Disease: Impact of Physician Specialty. *American Journal of Gastroenterology*, *105*(8), 1719–1725. <https://doi.org/10.1038/ajg.2010.172>
- Aoki, Y., Yaju, Y., Utsumi, T., Sanyaolu, L., Storm, M., Takaesu, Y., Watanabe, K., Watanabe, N., Duncan, E., & Edwards, A. G. (2022). Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2022*(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007297.pub3>
- Appiah, J., Barlow, L., Mmonu, N. A., Makarov, D. V., Sugarman, A., & Matulewicz, R. S. (2022). A National Assessment of the Association Between Patient Race and Physician Visit Time During New Outpatient Urology Consultations. *Urology*, *162*, 63–69. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2021.06.046>
- Archer, C., Kessler, D., Wiles, N., & Turner, K. (2021). GPs' and patients' views on the value of diagnosing anxiety disorders in primary care: A qualitative interview study. *British Journal of General Practice*, *71*(707), e450–e457. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.0959>
- Balogh, R., Imre, N., Papp, E., Kovács, I., Heim, S., Karádi, K., Hajnal, F., Pákási, M., & Kálmán, J. (2020). Dementia in Hungary: General practitioners' routines and perspectives regarding early recognition. *European Journal of General Practice*, *26*(1), 7–13. <https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1673723>
- Bigot, R., Dallet, N., & Rousseau, R. (2020). Implementing an interpreter service in ambulatory care in Pays de la Loire. *Santé Publique*, *Vol. 31*(5), 663–682. <https://doi.org/10.3917/spub.195.0663>
- Brekke, K. R., Holmås, T. H., Monstad, K., & Straume, O. R. (2018). Socio-economic status and physicians' treatment decisions. *Health Economics*, *27*(3), e77–e89. <https://doi.org/10.1002/hec.3621>
- Brock, D. M., Mauksch, L. B., Witteborn, S., Hummel, J., Nagasawa, P., & Robins, L. S. (2011). Effectiveness of intensive physician training in upfront agenda setting. *Journal of General Internal Medicine*, *26*(11), 1317–1323. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1773-y>
- Bruen, B. K., Ku, L., Lu, X., & Shin, P. (2013). No Evidence That Primary Care Physicians Offer Less Care To Medicaid, Community Health Center, Or Uninsured Patients. *Health Affairs*, *32*(9), 1624–1630. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1300>
- Cecil, E., Bottle, A., Majeed, A., & Aylin, P. (2021). Factors associated with potentially missed acute deterioration in primary care: Cohort study of UK general practices. *British Journal of General Practice*, *71*(708), e547–e554. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.0986>
- Cené, C. W., Roter, D., Carson, K. A., Miller, E. R., & Cooper, L. A. (2009). The Effect of Patient Race and Blood Pressure Control on Patient-Physician Communication. *Journal of General Internal Medicine*, *24*(9), 1057–1064. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1051-4>

- Chan, W.-S., Stevenson, M., & McGlade, K. (2008). Do general practitioners change how they use the computer during consultations with a significant psychological component? *International Journal of Medical Informatics*, 77(8), 534–538. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2007.10.005>
- Chen, L. M. (2009). Primary Care Visit Duration and Quality: Does Good Care Take Longer? *Archives of Internal Medicine*, 169(20), 1866. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.341>
- Chin, A., Zonfrillo, M. R., Heinly, A., Ford, S. R., Quintos, J. B., & Topor, L. S. (2022). Screening and counseling for nicotine use in youth with diabetes. *Pediatric Diabetes*, 23(1), 157–164. <https://doi.org/10.1111/pedi.13287>
- Christianson, J. B., & Conrad, D. (2011). Provider Payment and Incentives. In S. Glied & P. C. Smith (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Health Economics* (S. 623–648). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199238828.013.0026>
- Commonwealth Fund. (2015). *2015 Commonwealth Fund International Survey of Primary Care Physicians in 10 Nations* [dataset]. <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2015/dec/2015-commonwealth-fund-international-survey-primary-care-physicians>
- Commonwealth Fund. (2019). *2019 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians* [dataset]. <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2019/dec/2019-commonwealth-fund-international-health-policy-survey-primary>
- Cornell, S., Gould, A., Ellis, G. R., Kenkre, J., & Williams, E. M. (2020). Clinician perception of a novel cardiovascular lifestyle prescription form in the primary and secondary care setting in Wales, UK. *Health Promotion Journal of Australia*, 31(2), 232–239. <https://doi.org/10.1002/hpja.284>
- Covi-Crochet, A., Cittée, J.-C., & Letrilliart, L. (2010). Frequency, modes, and determinants of patients' nutritional education in family medicine: The Nutrimege study. *La Revue Du Praticien*, 60(6 Suppl), 4–8.
- Crocker-Buque, T., Edelstein, M., & Mounier-Jack, S. (2018). A process evaluation of how the routine vaccination programme is implemented at GP practices in England. *Implementation Science*, 13(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0824-8>
- Cruz, M., Roter, D. L., Cruz, R. F., Wieland, M., Larson, S., Cooper, L. A., & Pincus, H. A. (2013). Appointment Length, Psychiatrists' Communication Behaviors, and Medication Management Appointment Adherence. *Psychiatric Services*, 64(9), 886–892. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200416>
- Darlison Shepherd, P. R., Krejany, C. J., & Jiwa, M. (2019). How does the duration of consults vary for upper respiratory tract infections in general practice where an antibiotic has been prescribed? *Family Practice*, cmz058. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz058>
- De La Fuente Ballesteros, S. L., García Granja, N., Hernández Carrasco, M., Hidalgo Benito, A., García Álvarez, I., & García Ramón, E. (2018). Tele-medicine consultation as a tool to improve the demand for consultation in Primary Care. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 44(7), 458–462. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.05.006>
- De Lusignan, S., McGovern, A., Hinton, W., Whyte, M., Munro, N., Williams, E. D., Marcu, A., Williams, J., Ferreira, F., Mount, J., Tripathy, M., Konstantara, E., Field, B. C. T., & Feher, M. (2022). Barriers and Facilitators to the Initiation of Injectable Therapies for Type 2 Diabetes Mellitus: A Mixed Methods Study. *Diabetes Therapy*, 13(10), 1789–1809. <https://doi.org/10.1007/s13300-022-01306-z>
- Driever, E. M., Stiggelbout, A. M., & Brand, P. L. P. (2022). Shared Decision-making in Different Types of Decisions in Medical Specialist Consultations. *Journal of General Internal Medicine*, 37(12), 2966–2972. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07221-6>

- Duy Tran, P., Martin Laurence, J., Weston, K. M., & McLennan, P. L. (2012). The effect of parallel consulting on the quality of consultations in regional general practice. *Education for Primary Care, 23*(3), 153–157. <https://doi.org/10.1080/14739879.2012.11494098>
- Elmore, N., Burt, J., Abel, G., Maratos, F. A., Montague, J., Campbell, J., & Roland, M. (2016). Investigating the relationship between consultation length and patient experience: A cross-sectional study in primary care. *British Journal of General Practice, 66*(653), e896–e903. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X687733>
- Gaffney, A., Himmelstein, D. U., Dickman, S., McCormick, D., Cai, C., & Woolhandler, S. (2023). Trends and Disparities in the Distribution of Outpatient Physicians' Annual Face Time with Patients, 1979–2018. *Journal of General Internal Medicine, 38*(2), 434–441. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07688-x>
- Ganguli, I., Sheridan, B., Gray, J., Chernew, M., Rosenthal, M. B., & Neprash, H. (2020). Physician Work Hours and the Gender Pay Gap—Evidence from Primary Care. *New England Journal of Medicine, 383*(14), 1349–1357. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa2013804>
- Gao, R. W., Dugala, A., Maxwell, J., Falconer, P., Birkeland, A. C., Divi, V., & Rosenthal, E. L. (2020). Effect of Medical Scribes on Outpatient Oncology Visits at a Multidisciplinary Cancer Center. *JCO Oncology Practice, 16*(2), e139–e147. <https://doi.org/10.1200/JOP.19.00307>
- Gaspard, S., Ketterer, F., Belche, J. L., Berrewaerts, M. A., & Giet, D. (2014). Role of general practitioners in the follow-up of bariatric surgery in the province of Liege. *Revue Medicale De Liege, 69*(4), 194–199.
- Gopfert, A., Deeny, S. R., Fisher, R., & Stafford, M. (2021). Primary care consultation length by deprivation and multimorbidity in England: An observational study using electronic patient records. *British Journal of General Practice, 71*(704), e185–e192. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X714029>
- Gormley, M. J., Meadows, T. J., Hostermans, S. J., Kettlewell, P. W., Kirchner, H. L., & O'Dell, S. M. (2020). The relationship between integrated pediatric psychology and primary care visit length, revenue, content over 24 months. *Families, Systems, & Health, 38*(3), 278–286. <https://doi.org/10.1037/fsh0000532>
- Gude, T., Vaglum, P., Anvik, T., Bærheim, A., & Grimstad, H. (2013). A few more minutes make a difference? The relationship between content and length of GP consultations. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 31*(1), 31–35. <https://doi.org/10.3109/02813432.2012.751698>
- Guy, G. P., & Richardson, L. C. (2012). Visit Duration for Outpatient Physician Office Visits Among Patients With Cancer. *Journal of Oncology Practice, 8*(35), 2s–8s. <https://doi.org/10.1200/JOP.2011.000493>
- Hasan, S., Krijnen, P., van den Akker-van Marle, M. E., Schipper, I. B., & Bartlema, K. A. (2018). Medical scribe in a trauma surgery outpatient clinic; shorter, cheaper consultations and satisfied doctors. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde, 162*, D2614.
- Hayward, J., Buckingham, S., Thomson, F., Milne, H., Sheikh, A., Fernando, B., Cresswell, K., Williams, R., & Pinnock, H. (2015). “How long does it take?” A mixed methods evaluation of computer-related work in GP consultations. *Journal of Innovation in Health Informatics, 22*(4), 409–425. <https://doi.org/10.14236/jhi.v22i4.95>
- Hsiang, E. Y., Mehta, S. J., Small, D. S., Ramesh, C. A. L., Snider, C. K., Day, S. C., & Patel, M. S. (2019). Association of Primary Care Clinic Appointment Time With Clinician Ordering and Patient Completion of Breast and Colorectal Cancer Screening. *JAMA Network Open, 2*(5), e193403. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.3403>
- Hulme, K., Little, P., Burrows, A., Julia, A., & Moss-Morris, R. (2019). Subacute fatigue in primary care – two sides of the story. *British Journal of Health Psychology, 24*(2), 419–442. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12361>

- Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A., & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: A systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, 7(10), e017902. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>
- Jabour, A. M. (2020). The Impact of Electronic Health Records on the Duration of Patients' Visits: Time and Motion Study. *JMIR Medical Informatics*, 8(2), e16502. <https://doi.org/10.2196/16502>
- Jefferson, L., Bloor, K., Birks, Y., Hewitt, C., & Bland, M. (2013). Effect of physicians' gender on communication and consultation length: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Services Research & Policy*, 18(4), 242–248. <https://doi.org/10.1177/1355819613486465>
- Joukes, E., Abu-Hanna, A., Cornet, R., & de Keizer, N. F. (2018). Time Spent on Dedicated Patient Care and Documentation Tasks Before and After the Introduction of a Structured and Standardized Electronic Health Record. *Applied Clinical Informatics*, 9(1), 46–53. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1615747>
- Kabeya, Y., Uchida, J., Toyoda, M., Katsuki, T., Oikawa, Y., Kato, K., Kawai, T., Shimada, A., Atsumi, Y., & Higaki, M. (2017). Factors affecting consultation length in a Japanese diabetes practice. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 126, 54–59. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.12.020>
- Kagedan, D. J., Edge, S. B., & Takabe, K. (2021). Behind the clock: Elucidating factors contributing to longer clinic appointment duration and patient wait time. *BMC Health Services Research*, 21(1), 87. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06079-y>
- Kandel, O., Ripault, A., Jourdain, M., & Bouche, G. (2008). Does the duration of medical consultations have an impact on the prescription of psychotropic drugs? Cross-sectional study carried out in general practice on 2,896 procedures. *La Revue Du Praticien*, 58(12 Suppl), 19–24.
- Kim, J.-R., Byun, S.-J., Son, D.-S., & Kim, H. A. (2022). Correlation between the ratio of physician consultation fees to hourly minimum wage and consultation length: A cross-sectional study of nine countries. *BMJ Open*, 12(12), e064369. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064369>
- Kisa, K., Kawabata, H., Itou, T., Nishimoto, N., & Maezawa, M. (2011). Survey of Patient and Physician Satisfaction Regarding Patient-Centered Outpatient Consultations in Japan. *Internal Medicine*, 50(13), 1403–1408. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.50.5107>
- Klaassen, L. A., Dirksen, C. D., Boersma, L. J., Hoving, C., Portz, M. J. G., Mertens, P. M. G., Janssen-Engelen, I. L. E., Lenssen, A. M. M., R. N., Marais, M. B. ChB., Starren-Goessens, C. M. J., Kurris, F., Degenaar, A., & Van Lierop, K. (2018). A novel patient decision aid for aftercare in breast cancer patients: A promising tool to reduce costs by individualizing aftercare. *The Breast*, 41, 144–150. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2018.06.015>
- Klement, A., Oemler, M., Wienke, A., Richter, M., & Wolfradt, U. (2015). (Expected) Consultation length, mental (co-)morbidity and patient satisfaction in the family practice encounter. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 109(8), 560–569. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2015.08.005>
- Kubota, T., Kuroda, N., Horinouchi, T., Ikegaya, N., Kitazawa, Y., Kodama, S., Kuramochi, I., Matsubara, T., Nagino, N., Neshige, S., Soga, T., Takayama, Y., & Sone, D. (2022). Barriers to telemedicine among physicians in epilepsy care during the COVID-19 pandemic: A national-level cross-sectional survey in Japan. *Epilepsy & Behavior*, 126, 108487. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.108487>
- Labrie, N. H. M., & Schulz, P. J. (2015). Exploring the relationships between participatory decision-making, visit duration, and general practitioners' provision of argumentation to support their medical advice: Results from a content analysis. *Patient Education and Counseling*, 98(5), 572–577. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.01.017>

- Lafata, J. E., Shay, L. A., Brown, R., & Street, R. L. (2016). Office-Based Tools and Primary Care Visit Communication, Length, and Preventive Service Delivery. *Health Services Research, 51*(2), 728–745. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12348>
- Laws, M. B., Epstein, L., Lee, Y., Rogers, W., Beach, M. C., & Wilson, I. B. (2011). The association of visit length and measures of patient-centered communication in HIV care: A mixed methods study. *Patient Education and Counseling, 85*(3), e183–e188. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.04.013>
- Lee, J., & Korczak, D. (2014). Factors Associated with Parental Satisfaction with a Pediatric Crisis Clinic (PCC). *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal De l'Academie Canadienne De Psychiatrie De L'enfant Et De L'adolescent, 23*(2), 118–127.
- Lee, Y. K., Ng, C. J., Syahirah, M. R., Abdul Malik, T. F., Chiew, T. K., Lee, P. Y., Abdullah, A., Lee, C., Khaizura, K., Ahmad, M. Y., & Ahmad, M. Z. (2022). Effectiveness of a web-based, electronic medical records-integrated patient agenda tool to improve doctor-patient communication in primary care consultations: A pragmatic cluster-randomized controlled trial study. *International Journal of Medical Informatics, 162*, 104761. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104761>
- Lemon, T., & Smith, R. (2014). Consultation content not consultation length improves patient satisfaction. *Journal of Family Medicine and Primary Care, 3*(4), 333. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.148102>
- Leydon, G. M., Stuart, B., Summers, R. H., Little, P., Ekberg, S., Stevenson, F., Chew-Graham, C. A., Brindle, L., Heritage, J., Drew, P., & Moore, M. V. (2018). Findings from a feasibility study to improve GP elicitation of patient concerns in UK general practice consultations. *Patient Education and Counseling, 101*(8), 1394–1402. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.03.009>
- Liljenquist, K., Hurst, R., Guerra, L. S., Szilagyi, P. G., Fiscella, K., Porras-Javier, L., & Coker, T. R. (2023). Time Spent at Well-Child Care Visits for English- and Spanish-Speaking Parents. *Academic Pediatrics, 23*(2), 359–362. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2022.06.009>
- Lindfors, O., Holmberg, S., & Röst, M. (2019). Informing patients on planned consultation time – a randomised controlled intervention study of consultation time in primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 37*(4), 402–408. <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1663581>
- Litschgi, Fehr, & Zeller. (2011). Die Konsultationen beim Hausarzt: Aufbau, Themen und Redevertelung. *Praxis, 100*(18), 1085–1095. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a000654>
- López García-Ramos, L., López Martín, D., Berbel Jiménez, F. J., Pérez De Colosía Civantos, M., & Pedregal González, M. (2009). Influence of the patient's companion on the discussion and length of the clinical interview in primary health care. *Atención Primaria, 41*(3), 147–151. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.08.001>
- Lurquin, Kellou, Colin, & Letrilliant. (2021). Comparison of rural and urban French GPs' activity: A cross-sectional study. *Rural and Remote Health, 22*(605/RRH5865). <https://doi.org/10.22605/RRH5865>
- Martinez, K. A., & Rothberg, M. B. (2022). Physician Gender and Its Association With Patient Satisfaction and Visit Length: An Observational Study in Telemedicine. *Cureus, 14*(12), e29158. <https://doi.org/10.7759/cureus.29158>
- Mathijssen, E. G. E., Vriezolk, J. E., Popa, C. D., & van den Bemt, B. J. F. (2020). Shared decision making in routine clinical care of patients with rheumatoid arthritis: An assessment of audio-recorded consultations. *Annals of the Rheumatic Diseases, 79*(2), 170–175. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-216137>
- McCabe, R., Khanom, H., Bailey, P., & Priebe, S. (2013). Shared decision-making in ongoing outpatient psychiatric treatment. *Patient Education and Counseling, 91*(3), 326–328. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.12.020>

- Meijers, M. C., Potappel, A., Kloek, C., Olde Hartman, T., Spreeuwenberg, P., Van Dulmen, S., & Noordman, J. (2020). Shifts in patients' question-asking behaviour between 2007 and 2016: An observational study of video-recorded general practice consultations. *Patient Education and Counseling*, 103(6), 1168–1175. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.01.016>
- Mercer, S. W., Zhou, Y., Humphris, G. M., McConnachie, A., Bakhshi, A., Bikker, A., Higgins, M., Little, P., Fitzpatrick, B., & Watt, G. C. M. (2018). Multimorbidity and Socioeconomic Deprivation in Primary Care Consultations. *The Annals of Family Medicine*, 16(2), 127–131. <https://doi.org/10.1370/afm.2202>
- Migongo, A. W., Charnigo, R., Love, M. M., Kryscio, R., Fleming, S. T., & Pearce, K. A. (2012). Factors Relating to Patient Visit Time With a Physician. *Medical Decision Making*, 32(1), 93–104. <https://doi.org/10.1177/0272989X10394462>
- Miksaneck, T. J., Edwards, S. T., Weyer, G., & Laiteerapong, N. (2022). Association of Time-Based Billing With Evaluation and Management Revenue for Outpatient Visits. *JAMA Network Open*, 5(8), e2229504. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.29504>
- Mira, J. J., Guilabert, M., Pérez-Jover, V., & Lorenzo, S. (2014). Barriers for an effective communication around clinical decision making: An analysis of the gaps between doctors' and patients' point of view. *Health Expectations*, 17(6), 826–839. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2012.00809.x>
- Mira, J. J., Navarro, I. M., Guilabert, M., & Aranaz, J. (2012). Frequency of medication errors by patients. *Revista Panamericana De Salud Publica = Pan American Journal of Public Health*, 31(2), 95–101. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892012000200001>
- Miyakoshi, N., Kudo, D., Matsuyama, Y., Yamashita, T., Kawakami, M., Takahashi, K., Yoshida, M., Kaito, T., Imagama, S., Ohtori, S., Taguchi, T., Haro, H., Taneichi, H., Yamazaki, M., Inoue, G., Nishida, K., Yamada, H., Kabata, D., Shintani, A., ... Mochida, J. (2020). Impact of Consultation Length on Satisfaction in Patients with Chronic Low Back Pain: A Nationwide Multicenter Study in Japan. *Spine Surgery and Related Research*, 4(3), 208–215. <https://doi.org/10.22603/ssrr.2019-0111>
- Morrell, L., Buchanan, J., Roope, L., Pouwels, K., Butler, C., Hayhoe, B., Moore, M., Tonkin-Crine, S., McLeod, M., Robotham, J., Walker, A., Wordsworth, S., & on behalf of the STEPUP team. (2020). Delayed Antibiotic Prescription by General Practitioners in the UK: A Stated-Choice Study. *Antibiotics*, 9(9), 608. <https://doi.org/10.3390/antibiotics9090608>
- Mossack, S., Inoyatov, I., Fonseca, P., Du, C., Lee, E., Ruan, H., & Kim, J. (2022). A Randomized Controlled Trial Comparing Telemedicine Versus In-Person Office Visits for the Follow-Up of Overactive Bladder. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery, Publish Ahead of Print*. <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000001231>
- Moth, G., Vestergaard, M., & Vedsted, P. (2012). Chronic care management in Danish general practice—A cross-sectional study of workload and multimorbidity. *BMC Family Practice*, 13, 52. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-52>
- Murdoch, K. (2020). Time for change? A comparative analysis of GPs' opinions on appointment length. *British Journal of General Practice*, 70(suppl 1), bjgp20X711413. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X711413>
- Navarro Soler, I. M. (2016). How do primary care patients perceive information for involving themselves in self-care?. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. <https://doi.org/10.4321/S1137-6627/2016000100015>
- Neprash, H. T., & Barnett, M. L. (2019). Association of Primary Care Clinic Appointment Time With Opioid Prescribing. *JAMA Network Open*, 2(8), e1910373. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.10373>
- Niederer, C., Bemba, G., Kautz, A., Bertram, T., Schweizer, R., & van Thiel, I. (2010). Waiting time for and length of physician's consultation define the patient-physician interaction: Results of a prospective study in 478 patients with chronic viral hepatitis. *Zeitschrift Fur Gastroenterologie*, 48(4), 455–464. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1109762>

- Nishida, A., & Ogawa, O. (2022). The Effect of a Pre-consultation Tablet-Based Questionnaire on Changes in Consultation Time for First-Visit Patients With Diabetes: A Single-Case Design Preliminary Study. *Cureus*, *14*(11), e31624. <https://doi.org/10.7759/cureus.31624>
- O'Brien, K., Cadbury, N., Rollnick, S., & Wood, F. (2007). Sickness certification in the general practice consultation: The patients' perspective, a qualitative study. *Family Practice*, *25*(1), 20–26. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmm076>
- Olfson, M., Cherry, D. K., & Lewis-Fernández, R. (2009). Racial Differences in Visit Duration of Outpatient Psychiatric Visits. *Archives of General Psychiatry*, *66*(2), 214. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.523>
- O'Malley, A. S., & Reschovsky, J. D. (2011). Referral and Consultation Communication Between Primary Care and Specialist Physicians: Finding Common Ground. *Archives of Internal Medicine*, *171*(1). <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.480>
- Orton, P. K., & Pereira Gray, D. (2016). Factors influencing consultation length in general/family practice. *Family Practice*, *33*(5), 529–534. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw056>
- Pahud, O. (2019). *Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich, Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2019 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF)* [dataset]. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-international-health-policy-survey-ihp-des-commonwealth-fund-laendervergleiche.html>
- Pearson, W. S., Bhat-Schelbert, K., Ford, E. S., & Mokdad, A. H. (2009). The impact of obesity on time spent with the provider and number of medications managed during office-based physician visits using a cross-sectional, national health survey. *BMC Public Health*, *9*(1), 436. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-436>
- Petek Šter, M., Švab, I., & Živčec Kalan, G. (2008). Factors related to consultation time: Experience in Slovenia. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *26*(1), 29–34. <https://doi.org/10.1080/02813430701760789>
- Pierce, D., & Gunn, J. (2011). Depression in general practice—Consultation duration and problem solving therapy. *Australian Family Physician*, *40*(5), 334–336.
- Prazeres, F., & Santiago, L. (2016). The Knowledge, Awareness, and Practices of Portuguese General Practitioners Regarding Multimorbidity and its Management: Qualitative Perspectives from Open-Ended Questions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *13*(11), 1097. <https://doi.org/10.3390/ijerph13111097>
- Rogers, H. L., Pablo Hernando, S., Núñez-Fernández, S., Sanchez, A., Martos, C., Moreno, M., & Grandes, G. (2021). Barriers and facilitators in the implementation of an evidence-based health promotion intervention in a primary care setting: A qualitative study. *Journal of Health Organization and Management*, *ahead-of-print*(ahead-of-print), 349–367. <https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2020-0512>
- Rzadkiewicz, M., Haugan, G., & Włodarczyk, D. (2022). Mature Adults at the GP: Length of Visit and Patient Satisfaction—Associations with Patient, Doctor, and Facility Characteristics. *Medicina*, *58*(2), 159. <https://doi.org/10.3390/medicina58020159>
- Saint-Lary, O., & Sicsic, J. (2015). Impact of a pay for performance programme on French GPs' consultation length. *Health Policy*, *119*(4), 417–426. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.10.001>
- Salisbury, C., Lay-Flurrie, S., Bankhead, C. R., Fuller, A., Murphy, M., Caddick, B., Ordóñez-Mena, J. M., Holt, T., Nicholson, B. D., Perera, R., & Hobbs, F. R. (2021). Measuring the complexity of general practice consultations: A Delphi and cross-sectional study in English primary care. *British Journal of General Practice*, *71*(707), e423–e431. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.0486>

- Sampson, R., O'Rourke, J., Hendry, R., Heaney, D., Holden, S., Thain, A., & MacVicar, R. (2013). Sharing control of appointment length with patients in general practice: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 63(608), e185–e191. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X664234>
- Sandvik, H. (2019). Doctors' characteristics and the use of long consultations at out-of-hours services 2008–2017: A registry-based follow-up study in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 37(3), 366–372. <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1639929>
- Say, R., Collins, J., Holmes, K., Lucey, J., Murphy, S., Buckley, S., & Curran, T. I. (2021). A Study of GP Workload and Satisfaction. *Irish Medical Journal*, 114(7), 404.
- Schäfer, W. L. A., Van Den Berg, M. J., & Groenewegen, P. P. (2020). The association between the workload of general practitioners and patient experiences with care: Results of a cross-sectional study in 33 countries. *Human Resources for Health*, 18(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00520-9>
- Schmitt, M. R., Miller, M. J., Harrison, D. L., & Touchet, B. K. (2010). Relationship of Depression Screening and Physician Office Visit Duration in a National Sample. *Psychiatric Services*, 61(11), 1126–1131. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.11.1126>
- Sekhar, D. L., Murray-Kolb, L. E., Wang, L., Kunselman, A. R., & Paul, I. M. (2015). Adolescent Anemia Screening During Ambulatory Pediatric Visits in the United States. *Journal of Community Health*, 40(2), 331–338. <https://doi.org/10.1007/s10900-014-9939-2>
- Sepúlveda R, J. P., & Berroeta M, C. (2012). Decision rules to schedule patient appointments. *Revista Medica De Chile*, 140(7), 867–872. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000700006>
- Setia, S., Subramaniam, K., Teo, B. W., & Tay, J. C. (2017). Ambulatory and home blood pressure monitoring: Gaps between clinical guidelines and clinical practice in Singapore. *International Journal of General Medicine*, 10, 189–197. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S138789>
- Shapiro, D. J., King, L. M., Tsay, S. V., Hicks, L. A., & Hersh, A. L. (2022). Association between antibiotic prescribing and visit duration among patients with respiratory tract infections. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 43(9), 1238–1241. <https://doi.org/10.1017/ice.2021.182>
- Shepardson, R. L., Buckheit, K. A., & Funderburk, J. S. (2021). Anxiety treatment preferences among veteran primary care patients: Demographic, mental health, and treatment-related correlates. *Families, Systems, & Health*, 39(4), 563–575. <https://doi.org/10.1037/fsh0000628>
- Shin, D. W., Park, J.-H., Shim, E.-J., Hahm, M.-I., Park, J.-H., & Park, E.-C. (2012). Predictors and outcomes of feeling of insufficient consultation time in cancer care in Korea: Results of a nationwide multicenter survey. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 20(9), 1965–1973. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1299-1>
- Sicsic, J., Le Vaillant, M., & Franc, C. (2012). Intrinsic and extrinsic motivations in primary care: An explanatory study among French general practitioners. *Health Policy*, 108(2–3), 140–148. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.08.020>
- Silberman, J., Tentler, A., Ramgopal, R., & Epstein, R. M. (2008). Recall-Promoting Physician Behaviors in Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*, 23(9), 1487–1490. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0597-x>
- Sobral, D., Rosenbaum, M., & Figueiredo-Braga, M. (2015). Computer use in primary care and patient-physician communication. *Patient Education and Counseling*, 98(12), 1568–1576. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.002>
- Solomon, J. (2008). How Strategies for Managing Patient Visit Time Affect Physician Job Satisfaction: A Qualitative Analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 775–780. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0596-y>

- Søndergaard, S. R., Madsen, P. H., Hilberg, O., Bechmann, T., Jakobsen, E., Jensen, K. M., Olling, K., & Steffensen, K. D. (2021). The impact of shared decision making on time consumption and clinical decisions. A prospective cohort study. *Patient Education and Counseling*, *104*(7), 1560–1567. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.12.014>
- Stevens, S., Bankhead, C., Mukhtar, T., Perera-Salazar, R., Holt, T. A., Salisbury, C., & Hobbs, F. D. R. (2017). Patient-level and practice-level factors associated with consultation duration: A cross-sectional analysis of over one million consultations in English primary care. *BMJ Open*, *7*(11), e018261. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018261>
- Stunder, W., Scherer, M., & Himmel, W. (2008). How well do primary care patients assess the time needed for a consultation in general medical practice? *Deutsche Medizinische Wochenschrift (1946)*, *133*(3), 67–70. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1017475>
- Swanson, K. M., Matulis, J. C., & McCoy, R. G. (2022). Association between primary care appointment lengths and subsequent ambulatory reassessment, emergency department care, and hospitalization: A cohort study. *BMC Primary Care*, *23*(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01644-8>
- Tadeu, A. C. R., E Silva Caetano, I. R. C., De Figueiredo, I. J., & Santiago, L. M. (2020). Multimorbidity and consultation time: A systematic review. *BMC Family Practice*, *21*(1), 152. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01219-5>
- Takura, T., & Itoh, H. (2019). Health Economics—Effect of Electronic Medical Record Systems on Cardiovascular Disease Outpatient Consultation Time. *Circulation Reports*, *1*(9), 355–360. <https://doi.org/10.1253/circrep.CR-19-0028>
- Teicher, S., Whitney, R., & Liu, R. (2022). Breast Cancer Survivors' Satisfaction and Information Recall of Telehealth Survivorship Care Plan Appointments During the COVID-19 Pandemic. *Oncology Nursing Forum*, *49*(3), 223–231. <https://doi.org/10.1188/22.ONF.223-231>
- Tilburt, J., Yost, K. J., Lenz, H.-J., Zúñiga, M. L., O'Byrne, T., Branda, M. E., Leppin, A. L., Kimball, B., Fernandez, C., Jatoi, A., Barwise, A., Kumbamu, A., Montori, V., Koenig, B. A., Geller, G., Larson, S., & Roter, D. L. (2019). A Multicenter Comparison of Complementary and Alternative Medicine (CAM) Discussions in Oncology Care: The Role of Time, Patient-Centeredness, and Practice Context. *The Oncologist*, *24*(11), e1180–e1189. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2019-0093>
- Tsai, A. G., Abbo, E. D., & Ogden, L. G. (2011). The time burden of overweight and obesity in primary care. *BMC Health Services Research*, *11*(1), 191. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-191>
- Tyrer, F., Morriss, R., Kiani, R., Gangadharan, S. K., Kundaje, H., & Rutherford, M. J. (2022). Comparing the number and length of primary care consultations in people with and without intellectual disabilities and health needs: Observational cohort study using electronic health records. *Family Practice*, cmac135. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmac135>
- Valverde Bolívar, F. J., Pedregal González, M., Moreno Martos, H., Cózar García, I., & Torío Durántez, J. (2018). Communication with patients and the duration of family medicine consultations. *Atención Primaria*, *50*(10), 621–628. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.07.001>
- van den Berg, M. J., de Bakker, D. H., Westert, G. P., Van Der Zee, J., & Groenewegen, P. P. (2009). Do list size and remuneration affect GPs' decisions about how they provide consultations? *BMC Health Services Research*, *9*(1), 39. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-39>
- van Dijk, C. E., Verheij, R. A., te Brake, H., Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P. P., & De Bakker, D. H. (2014). Changes in the remuneration system for general practitioners: Effects on contact type and consultation length. *The European Journal of Health Economics*, *15*(1), 83–91. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0458-3>

- Veenendaal, H. V., Chernova, G., Bouman, C. M., Etten – Jamaludin, F. S. van, Dieren, S. V., & Ubbink, D. T. (2023). Shared decision-making and the duration of medical consultations: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, *107*, 107561. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.11.003>
- Videau, Y., Saliba-Serre, B., Paraponaris, A., & Ventelou, B. (2010). Why Patients of Low Socioeconomic Status with Mental Health Problems Have Shorter Consultations with General Practitioners. *Journal of Health Services Research & Policy*, *15*(2), 76–81. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2009.009034>
- von dem Knesebeck, O., Koens, S., Marx, G., & Scherer, M. (2019). Perceptions of time constraints among primary care physicians in Germany. *BMC Family Practice*, *20*(1), 142. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1033-5>
- Walker, J. G., Bickerstaffe, A., Hewabandu, N., Maddumarachchi, S., Dowty, J. G., Jenkins, M., Pirotta, M., Walter, F. M., & Emery, J. D. (2017). The CRISP colorectal cancer risk prediction tool: An exploratory study using simulated consultations in Australian primary care. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *17*(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12911-017-0407-7>
- Weise, J., Pollack, A., Britt, H., & Trollor, J. N. (2017). Primary health care for people with an intellectual disability: An exploration of consultations, problems identified, and their management in Australia: Primary health care for people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, *61*(5), 399–410. <https://doi.org/10.1111/jir.12352>
- Wiking, E., Sundquist, J., & Saleh-Stattin, N. (2013). Consultations between Immigrant Patients, Their Interpreters, and Their General Practitioners: Are They Real Meetings or Just Encounters? A Qualitative Study in Primary Health Care. *International Journal of Family Medicine*, *2013*, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2013/794937>
- Wolff, J. L., Clayman, M. L., Rabins, P., Cook, M. A., & Roter, D. L. (2015). An exploration of patient and family engagement in routine primary care visits. *Health Expectations*, *18*(2), 188–198. <https://doi.org/10.1111/hex.12019>
- Wolff, J. L., & Roter, D. L. (2012). Older adults' mental health function and patient-centered care: Does the presence of a family companion help or hinder communication? *Journal of General Internal Medicine*, *27*(6), 661–668. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1957-5>
- Woodbridge, M., Dowell, A., & Gray, L. (2015). „He said he had been out doing the traffic“: General practitioner perceptions of sexually transmitted infection and HIV testing strategies for men. *Journal of Primary Health Care*, *7*(1), 50. <https://doi.org/10.1071/HC15050>
- Wooldridge, A. N., Arató, N., Sen, A., Amenomori, M., & Fetters, M. D. (2010). Truth or fallacy? Three hour wait for three minutes with the doctor: Findings from a private clinic in rural Japan. *Asia Pacific Family Medicine*, *9*(1), 11. <https://doi.org/10.1186/1447-056X-9-11>
- Young, R. A., Burge, S. K., Kumar, K. A., Wilson, J. M., & Ortiz, D. F. (2018). A Time-Motion Study of Primary Care Physicians' Work in the Electronic Health Record Era. *Family Medicine*, *50*(2), 91–99. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2018.184803>
- Zafra-Ramírez, N., Pérez-Milena, A., Valverde-Bolívar, F. J., Rodríguez-Bayón, A., & Delgado-Rodríguez, M. (2019). Accomplishment of preventive activities proposed by resident doctors of Family Medicine in Primary Care and its relationship with communication skills. *Atención Primaria*, *51*(9), 562–570. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.05.010>

Anhang

Korrelationen zwischen Kontaktzeiten aus verschiedenen Datenquellen

Mittlere Kontaktzeit	Kon-	5-10 Min	10-15 Min	15-20 Min	20-25 Min	Korrelation
----------------------	------	----------	-----------	-----------	-----------	-------------

Anteil der Arztbesuche unter 15 Minuten

0-10 %		0	0	6	2	
10-20%		0	0	2	0	
20-30%		0	3	0	0	
30-40%		0	1	0	0	
40-50%		0	0	0	0	
50-60%		0	0	0	0	
60-70%		0	0	0	0	
70-80%		1	0	0	0	
80-90%		4	0	0	0	
90-100%		1	0	0	0	
						92,5%

Anteil der Arztbesuche 15-25 Minuten

0-10 %		1	0	0	0	
10-20%		5	0	0	0	
20-30%		0	0	0	0	
30-40%		0	0	0	0	
40-50%		0	0	0	2	
50-60%		0	2	0	0	
60-70%		0	2	4	0	
70-80%		0	0	1	0	
80-90%		0	0	3	0	
90-100%		0	0	0	0	
						73,6%

Fortsetzung auf Seite 72

Korrelationen zwischen Kontaktzeiten aus verschiedenen Datenquellen

Anteil der Arztbesuche über 25 Minuten

0-10 %	6	2	0	0
10-20%	0	2	3	0
20-30%	0	0	5	0
30-40%	0	0	0	0
40-50%	0	0	0	1
50-60%	0	0	0	1
60-70%	0	0	0	0
70-80%	0	0	0	0
80-90%	0	0	0	0
90-100%	0	0	0	0
				86,8%

Anhang Tabelle 1: Kreuztabellen für den Anteil der Arztbesuche in Minutenkategorien

Datenquelle: Arztbesuche in Minutenkategorien (Commonwealth Fund, Survey of Primary Physicians 2015 & 2019), durchschnittlichen Kontaktzeit (Irving et al. 2017).